

**MINISTERIO DE SALUD  
PRESIDENCIA DE LA NACIÓN**

---

# **POLÍTICAS DE SALUD**

Buenos Aires  
Septiembre de 2000



## **AUTORIDADES NACIONALES**

---

*PRESIDENTE DE LA NACIÓN*  
**DR. FERNANDO DE LA RÚA**

*MINISTRO DE SALUD*  
**DR. HÉCTOR J. LOMBARDO**

*SECRETARIO DE POLÍTICAS Y REGULACIÓN SANITARIA*  
**DR. HÉCTOR MOGUILVSKY**

*SECRETARIO DE ATENCIÓN SANITARIA*  
**DR. ARNOLDO CASTILLO**

*SUBSECRETARIO DE PLANIFICACIÓN, CONTROL,  
REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN*  
**DR. GUILLERMO GAUDIO**

*SUBSECRETARIO DE COORDINACIÓN*  
**DR. FERNANDO SOLÁ**

*SUBSECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y TECNOLOGÍA*  
**DR. ERNESTO PODESTÁ**

*SUBSECRETARIO DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN  
Y PROMOCIÓN*  
**DR. JAVIER VILOSIO**

*SUBSECRETARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD*  
**DR. NÉSTOR PEREZ BALIÑO**



# POLÍTICAS DE SALUD

## ÍNDICE

1. SITUACIÓN DE SALUD DE LA ARGENTINA.....	7
2. CONTEXTO GLOBAL.....	13
3. LINEAMIENTOS ESTRATÉGICO-POLÍTICOS EN SALUD DEL GOBIERNO NACIONAL: MARCO ESTRATÉGICO - POLÍTICO - Decreto 455/2000.....	14
4. EL DERECHO A LA SALUD.....	18
5. EL SISTEMA DE SALUD.....	19
5.1. La Atención de la Salud.....	19
5.2. El Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud.....	22
5.3. El Desarrollo y Reciclaje de los Recursos Físicos en Salud.....	22
6. LOS SISTEMAS DE SEGURO: FINANCIAMIENTO.....	23
6.1. Integración y Reforma de los Seguros de Salud.....	23
6.2. Marco Regulatorio de las Obras Sociales Nacionales Decreto 446/2000.....	25
6.3. Programa Médico Obligatorio – PMO.....	26
6.4. Reconversión de las Obras Sociales Provinciales.....	27
6.5. Garantía de Servicios de Salud para Población sin Cobertura y Desarrollos Jurisdiccionales del Seguro de Salud.....	28
6.6. Regulación de las Empresas de Medicina Prepaga.....	29
7. INVESTIGACIÓN y TECNOLOGÍA EN SALUD.....	30
8. PROGRAMAS PRIORITARIOS.....	32
8.1. Programa de Atención Primaria de la Salud.....	32
8.2. Programa de Médicos de Cabecera.....	33
8.3. Programa de Apoyo a la Investigación en Ciencias de la Salud...34	
8.4. Programa de Atención de la Salud Materno Infantil.....	35
8.5. Prevención y Control de Enfermedades y Riesgos para la Salud..37	
9. ESTRATEGIAS DE ARTICULACIÓN DE LOS PROGRAMAS.....	43
10. Referencias.....	44
Anexo.....	45

*Comité de Redacción:*

Dr. Néstor Perrone, Arq. Astrid de Debuchy,

Dra. Mabel Bianco y Lic. Pablo Vinocur



## **POLÍTICAS DE SALUD**

### **1. SITUACIÓN DE SALUD DE LA ARGENTINA**

Los distintos indicadores globales relacionados con la situación de salud en Argentina tienden a mejorar desde hace años. Sin embargo, al analizar las distintas regiones del país se pone de manifiesto que dicha tendencia dista de ser homogénea, ya que surgen diferencias injustas y evitables, que expresan situaciones de inequidad en salud al igual que en otras áreas sociales y económicas.

La **población** total del país supera ya los 36 millones de habitantes, los que asientan en un 89,1% en áreas urbanas. Los menores de 15 años representan el 28,2% y los mayores de 65 años el 9,6%. La tasa bruta de natalidad es 18,9 por mil habitantes y la esperanza de vida al nacer se estima en 73,1 años.

Uno de los principales cambios operados en el país en los últimos años ha sido el aumento de la desigualdad y el incremento de la pobreza y de los problemas de empleo afectando la calidad de vida de toda la sociedad. La prevalencia de la pobreza según ingresos, afecta en el 2000 a una tercera parte de la población, proporción similar a quienes sufren problemas de empleo (desocupación y subocupación). Los hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI) alcanzan al 20%, mientras que el índice de desarrollo humano elaborado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo de 1998, ubica a la Argentina en el lugar 36 entre un total de 174 países del mundo. Un importante déficit en la calidad de vida se expresa en las bajas coberturas de hogares con agua corriente y con desagües cloacales que son, respectivamente, de 70,3% y 36,1%, y que afecta el estado sanitario de un significativo sector de la sociedad argentina.

La tasa bruta de **mortalidad** para 1998 fue de 7,8 por mil habitantes, figurando entre las principales causas de muerte las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades infecciosas y los accidentes. La proporción de muertes por causas mal definidas es aún elevada en algunas jurisdicciones y alerta sobre la calidad de los registros médicos.

La tasa de mortalidad infantil es 19,1 por mil nacidos vivos y la tasa de mortalidad materna es 3,8 por diez mil nacidos vivos, aunque con grandes diferencias entre provincias. En mortalidad materna la diferencia entre la jurisdicción con tasa más alta y más baja fue de 10 veces en 1998 y en la mortalidad infantil fue de 3 veces. Estas diferencias aumentaron en la última década. El porcentaje de muertes neonatales reducibles corresponde al 58% y el porcentaje de muertes postneonatales reducibles, al 61,7%. La mortalidad de menores de cinco años alcanza a 22,5 por mil nacidos vivos.

Es creciente la importancia de las **enfermedades** no transmisibles y la influencia cada vez mayor del envejecimiento de la población. Perduran las endemias del Chagas, la tuberculosis y la lepra. El VIH/SIDA continúa en ascenso. La violencia, la droga y los accidentes se han instalado de modo protagónico. Aún se registran enfermedades prevenibles por vacunación.

El norte argentino muestra mayor mortalidad infantil y materna, mayor proporción de muertes por infecciones y causas mal definidas y menor proporción de partos realizados en establecimientos asistenciales, que la región central y el sur del país. Las provincias más pobres tienen un porcentaje de años de vida perdidos, cuatro veces mayor que las provincias más ricas. Los estratos pobres de la población tienen significativamente peor salud, con mayor proporción de enfermedades potencialmente evitables y mayor mortalidad infantil y materna.

Es bien conocida la fuerte relación existente entre desarrollo económico-social y situación de salud, así como la correlación entre ingresos per cápita y expectativa de vida al nacer.

Conviene resaltar la complejidad del tema, ya que los factores que inciden en los procesos de salud/enfermedad de una población están vinculados a aspectos centrales de la estructura y de la organización social, como son el nivel de riqueza y las características de su distribución, las condiciones de la vivienda y del medio, la alimentación, la educación y el empleo, entre otros aspectos.

Sin embargo, cuando se comparan los resultados sanitarios de países con niveles similares o muy parecidos de ingreso y educación, no es

raro encontrar diferencias significativas entre ellos. Este hecho sugiere que algunos sistemas de salud consiguen respuestas mejores y más equitativas que otros, independientemente de los factores mencionados.

La organización y la conducción y gerencia de los sistemas de salud son dimensiones relevantes en la determinación de los resultados sanitarios.

## **Principales características del Sector Salud de la Argentina**

El **sector salud en Argentina** muestra la tradicional fragmentación de los subsectores público, privado y de la seguridad social, con escasa complementariedad y articulación de sus instituciones y establecimientos.

Por cada 10.000 habitantes el sector dispone aproximadamente de 27 médicos, 5,4 enfermeras, 1,2 parteras, 6,6 odontólogos y 3,2 farmacéuticos. El número de establecimientos con internación asciende a 3.310, con 155.749 camas o sea 4,31 camas por mil habitantes. Los establecimientos sin internación suman 12.775 para todos los subsectores.

El **modelo de atención** de la salud ha privilegiado desde hace décadas, el desarrollo de las actividades centradas en la especialización y el uso de la alta tecnología, en detrimento de los programas de promoción y prevención y del desarrollo de redes de atención primaria. La organización sanitaria en la mayoría de los estados provinciales está basada en la atención de la enfermedad en los grandes centros hospitalarios.

La **inversión del país** en el sector es de aproximadamente 700 dólares por habitante y por año, o sea alrededor de un 9% del PBI, aunque el esfuerzo económico no pareciera alcanzar los resultados esperables. El **gasto total** del sistema argentino de cuidados de la salud se distribuye entre:

- los gobiernos nacional, provinciales y municipales, que aportan el 24,6%,

- los seguros sociales o sea las obras sociales nacionales, provinciales, el PAMI y otras, que contribuyen con el 34,3% y
- las familias, que completan con su gasto directo en medicamentos, cuotas a prepagos, coseguros y otros, el 41,1% restante.

Es importante destacar que es muy significativa la diferencia en el gasto por beneficiario entre las jurisdicciones provinciales y municipales al referirnos al subsector público, como asimismo entre los beneficiarios de las obras sociales.

El **subsector público** posee la mayor capacidad instalada del país, dependiendo sus establecimientos de la Jurisdicción Nacional, Provincial o Municipal. Presta servicios a la totalidad de la población que los demanda sin exclusión, y cubre financieramente a la población no asegurada. El porcentaje de población no cubierta con obra social o plan médico varía ampliamente según jurisdicciones, desde valores del 19% al 54%, estimándose que más de un tercio de la población total carece de los beneficios del seguro, siendo en consecuencia usuaria de los establecimientos públicos.

El porcentaje respecto del gasto público total que las jurisdicciones destinan a salud es muy variable, siendo, en general, más importante en las jurisdicciones con mayores ingresos.

El **subsector de la seguridad social** comprende las Obras Sociales Nacionales y el PAMI, creadas por leyes nacionales específicas; las Obras Sociales Provinciales, correspondientes a las 24 jurisdicciones, con marcos jurídicos heterogéneos, y otras Obras Sociales, como son las de las Fuerzas Armadas o la Policía. En conjunto brindan cobertura financiera a alrededor de 20 millones de personas.

Los recursos de estas entidades provienen de aportes y contribuciones sobre el salario y actúan predominante como financiadores, contratando servicios médicos privados. Difieren fuertemente entre sí en cuanto a número de afiliados, niveles medios de ingresos y porcentaje que dedican a gastos administrativos, lo que determina grandes diferencias en la disponibilidad de recursos y en los gastos per cápita respectivos. El

Fondo Solidario de Redistribución, creado en 1988 para equilibrar estas diferencias entre las Obras Sociales Nacionales, no resultó, hasta ahora, un mecanismo muy efectivo para generar mayor igualdad en los ingresos de las entidades y en las prestaciones de los pacientes.

Una alta proporción de las Obras Sociales se encuentra desfinanciada y en crisis, con serios problemas para cumplir con la cobertura de los afiliados, como fruto de la ineficiencia administrativa, del exceso de intermediación y del uso discrecional de sus recursos. También contribuyeron a la crisis la caída de aportes, debido al incremento del desempleo o subempleo, la precarización del trabajo, la tendencia a disminuir los aportes patronales, la evasión y el fraude.

Esta situación se traduce en una mayor demanda a los hospitales públicos, en los que un 30% de los pacientes que concurren tienen cobertura de la seguridad social. La facturación del hospital público a los terceros pagadores por la atención que brinda a la población con algún tipo de cobertura, muestra que es muy difícil corregir esos subsidios cruzados sin resolver simultáneamente el problema de la población sin cobertura, ya que poner el énfasis en la detección de los asegurados afecta la accesibilidad de la población no asegurada.

El **subsector privado** se compone de prestadores directos y de entidades financiadoras o “prepagos”.

El **sector prestador** (clínicas, sanatorios, laboratorios, consultorios y hospitales privados) creció vertiginosamente desde 1970, al amparo del fuerte aporte de fondos provenientes de contratos con las Obras Sociales, favorecido por un marco regulatorio débil y por la modalidad de pago por prestación. El crecimiento fue anárquico, excesivo, con una incorporación indiscriminada de alta tecnología en instituciones pequeñas e ineficientes. Últimamente, y ante la crisis de las obras sociales, se observa una tendencia a la concentración de estas entidades, tendiente a aumentar la escala de producción y la eficiencia de los desempeños.

Las **empresas de Medicina Prepaga** actúan como entidades de seguro voluntario. Se concentran en las grandes ciudades, cubriendo a alrededor

de 2,2 millones de personas, cuyo gasto representa aproximadamente el 7% del total del gasto en salud. La mayoría de sus afiliados tienen doble cobertura, ya que también realizan aportes por ley a alguna obra social. Las entidades de Medicina Prepaga funcionan hasta ahora totalmente desreguladas.

**En resumen:**

- La situación descripta muestra la escasa capacidad del sistema para contrarrestar daños reducibles y disminuir las diferencias sanitarias entre las jurisdicciones del país. Tampoco resultan equitativas las posibilidades de acceso y uso de los servicios, supeditadas a la condición económico social, al trabajo y al tipo de seguro o a la región del país donde se habite.
- La ineficiencia se acentúa por el propio modelo de atención de la salud centrado en la reparación y en el uso de alta tecnología y se agrava por el escaso control de la calidad de los servicios ofrecidos. El esfuerzo económico no reditúa en la medida de lo esperado. Se paga lo que no vale o no es necesario y lo que se paga no es de buena calidad.
- Una alta proporción de las obras sociales se encuentra desfinanciada y con serios problemas para cumplir con la cobertura de los afiliados.
- Los gobiernos no tienen los espacios de articulación requeridos para alcanzar el despliegue territorial necesario y poder ejercer su rol regulatorio y fiscalizador.
- La comunicación social y la participación de otros actores sociales son aún débiles, no obstante afrontar las familias más del 40% del gasto en salud.
- La información está limitada en sus contenidos y restringida al subsector público. No hay asociación entre datos clínicos y financieros, ni entre datos individuales y del entorno social.
- Es escasa la interacción entre el Ministerio de Salud y las Universidades con relación a la formación de los recursos humanos y a la orientación de la enseñanza del postgrado. El porcentaje de profesores que investigan en las Facultades de Ciencias de la Salud y en los hospitales, es bajo,

aproximadamente el 9%, en relación con otros países que alcanza al 39% como Canadá, Francia, EEUU y Gran Bretaña. La investigación reclama un rol nuevo y protagónico.

## 2. EL CONTEXTO GLOBAL

Los gobiernos deberán afrontar un desafío adicional en sus políticas y prioridades, producto de los cambios que se avizoran en el contexto global y que afectan los sistemas de salud en el mundo. Tan sólo se señalan algunas cuestiones clave para las que se requiere un pensamiento innovativo en un futuro próximo.

- El **envejecimiento de la población** afectará la dinámica de los servicios de salud y requerirá mayor investigación sobre los problemas que afectan a los mayores; sus derechos y expectativas, el rol de la familia y las redes sociales en su cuidado, atención y bienestar, así como las implicancias financieras para el sistema. A mayor expectativa de vida, mayor tasa de dependencia de ancianos y menor aporte relativo al sistema, sumado al incremento de los costos en los tratamientos de larga duración.
- La **globalización** como fruto de la interacción de la actividad humana en sus dimensiones: política, económica, social cultural y tecnológica, de orden supranacional, con reducciones asombrosas de la relación espacio/tiempo, trae nuevos riesgos sanitarios por el pasaje e intercambio de personas, bienes, servicios y capital y requiere presencia, definición y transparencia en nuevos espacios de acuerdo regional y global.
- El **cambio epidemiológico** en el peso de las enfermedades redirecciona las prioridades: de trasmisibles a crónicas, de los jóvenes a los viejos y alerta sobre la amenaza de enfermedades nuevas o recurrentes. Más cáncer por el envejecimiento, más accidentes en los jóvenes, mayor obesidad, mayores problemas de salud mental, más adicción a sustancias lícitas como el tabaco y el alcohol y a sustancias ilícitas; mayor violencia familiar y social, mayor preocupación pública por la seguridad de los alimentos. La pandemia del SIDA continúa su marcha, a la

espera de una tecnología más eficaz para su prevención y tratamiento.

- El **incremento de las expectativas públicas**, fruto del mayor conocimiento que provee la informática, exigirá trabajar con un público más informado y con medios masivos de comunicación muy activos y críticos. El incremento del poder de los consumidores traerá mayores desafíos para los profesionales y expertos en salud y la exigencia de evidencias firmes para el respaldo de sus desempeños.
- Los **avances de la ciencia y del conocimiento** con su nuevo potencial terapéutico, traerán dilemas éticos y de regulación y control de nuevos productos, en campos como la genética, la bioingeniería, la robótica, la telemedicina, la biotecnología, entre otros vislumbrables. El profesional de ciencias de la salud deberá adaptarse a las exigencias emergentes. El **aumento del rol de la tecnología** en la atención de la salud, así como en el autodiagnóstico, autotratamiento y tratamiento en el hogar, exigirá una mayor evaluación en término de costos y eficacia. En la atención de la salud se esperan cambios: de la atención terciaria y secundaria a la primaria y de ésta a las estrategias preventivas y al estilo de vida.
- **Nuevas exigencias en materia de aprendizaje** para el personal de salud, el que deberá adaptarse a los nuevos conocimientos, técnicas y formas de trabajo y a los consiguientes cambios de los roles profesionales. Los responsables por la capacitación deberán innovar, en estrecha asociación con los centros formadores.

### **3. LINEAMIENTOS ESTRATÉGICO-POLÍTICOS EN SALUD DEL GOBIERNO NACIONAL: MARCO ESTRATÉGICO-POLÍTICO - Decreto 455/2000**

**El Decreto Presidencial 455 /2000** aprobó el **Marco Estratégico-Político para la Salud**, estableciendo los propósitos, estrategias y las políticas que deben regir el accionar del Ministerio de Salud y la direccionalidad de los proyectos y programas operativos en el área de su competencia.

El **propósito** es lograr la efectiva aplicación y materialización del derecho a la salud, satisfaciendo las necesidades de la comunidad a partir de los principios de equidad, solidaridad y sustentabilidad de las acciones encaradas.

Las estrategias están dirigidas al **cambio del modelo de atención**, afianzando la atención primaria y la incorporación del médico de cabecera y propiciando la reorganización del sistema de servicios de salud y de los sistemas de financiamiento.

Las **políticas sustantivas** están dirigidas a garantizar la **cobertura de salud** a toda la población; a **fortalecer el desempeño** del sector y a promover la **articulación e integración intra e intersectorial** de las iniciativas y de los recursos en cada nivel jurisdiccional, y a reforzar la **capacitación y la formación** del recurso humano en **investigación**.

Dentro de ese marco y de un sistema de salud que tienda a lograr la cobertura universal, la prioridad es mejorar la equidad del sistema, al mismo tiempo que la calidad de los servicios prestados. Se cuidará la eficiencia, con una relación racional y lógica entre la inversión realizada y los resultados obtenidos, en un contexto de descentralización operativa y con amplia participación comunitaria en la definición de las prioridades y en la asignación de los recursos a nivel local. Los servicios se brindarán en condiciones éticas, psicológicas y físicas tales que satisfagan a los usuarios.

El acceso al sistema dependerá de las necesidades y demandas de salud y el financiamiento tendrá una base solidaria, no relacionada con la capacidad de pago.

El Ministerio Nacional fortalecerá su rol de **conducción, regulación y fiscalización**, desarrollando su capacidad normativa y proponiendo el diseño del futuro sistema de salud, a fin de conducir al conjunto con reglas de juego justas, claras y de aplicación similar.

Por Ley 25233 se modifica la Ley de Ministerios N° 24190 y por **Decreto del Poder Ejecutivo 20** del 13/12/99, se establece la conformación organizativa y objetivos de las Secretarías y Subsecretarías

que dependen de la Presidencia de la Nación, de la Jefatura de Gabinete de Ministros y de los Ministerios.

El Ministerio de Salud se ha organizado con dos Secretarías y cinco Subsecretarías para afrontar la carga de trabajo institucional.

Las unidades mayores del **Ministerio de Salud** corresponden a:

Secretaría de Atención Sanitaria

Subsecretaría de Atención Primaria de la Salud

Subsecretaría de Programas de Prevención y Promoción

Secretaría de Políticas y Regulación Sanitaria

Subsecretaría de Planificación, Control, Regulación y Fiscalización

Subsecretaría de Coordinación

Subsecretaría de Investigación y Tecnología

La **articulación institucional** adquiere especial relevancia para alcanzar los acuerdos necesarios en los distintos escenarios de acción. El **Consejo Federal de Salud (COFESA)** es el espacio natural para recrear un foro de construcción de consenso, concertación y acuerdo federal, entre los distintos sectores y las jurisdicciones, para el tratamiento de las diferentes temáticas sustantivas que requieren decisiones compartidas, con el objetivo de construir una política nacional de salud. El COFESA es el espacio para la definición de metas de salud y para la articulación de planes y programas para el país en su totalidad. Esta función habrá de contar con el adecuado soporte político, técnico y financiero.

El Ministerio de Salud de la Nación está abocado a la creación del **Consejo de Agencias Federales de Salud** y su correspondiente red de **Agencias Federales de Salud en las Provincias**. El Gobierno Nacional tiene presencia en el espacio provincial a través de las delegaciones del Ministerio de Salud, de la Superintendencia de Servicios de Salud, del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, de la Superintendencia de Riesgos de Trabajo y de la Superintendencia de las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones. La intención es profundizar la descentralización y articular localmente a

estos organismos, a fin de facilitar la construcción con las Provincias de un modelo integrado de salud.

Cabe una mención especial a la **articulación regional a nivel del MERCOSUR**, en el que se impulsan, además de las cuestiones económicas, el desarrollo de políticas y actividades que hacen a la problemática social y sanitaria de los países involucrados. La decisión del Ministerio de Salud es fortalecer la participación de las distintas comisiones que representan a nuestro país en el SGT-11 Salud, en las tareas de integración regional y en la armonización de los temas sanitarios entre los países miembros, propiciando la cooperación científica, técnica y financiera en cuestiones de salud.

El mejoramiento de la gestión ministerial requiere de un **sistema administrativo ágil y eficiente**, con capacidad en el manejo de la información. Esto implica el desarrollo de un marco normativo para que las distintas jurisdicciones provean al **Sistema Nacional de Información para la Salud**, en tiempo y forma, los datos de los servicios de salud (públicos, privados y de la seguridad social) en cuanto a recursos, producción y eventos, incluyendo progresivamente información epidemiológica, geográfico poblacional, gerencial y económica, a fin de alcanzar un “sistema integrado de información en salud” a partir del nivel local.

Un área de particular interés para la conducción del sistema es la vinculada con la economía y el financiamiento del sector salud. La actual conducción ha iniciado la implementación de un “**Sistema de Cuentas de Salud**”, con información sobre gasto y financiamiento del sector. Dicho programa será metodológicamente compatible con el sistema de Cuentas Nacionales, que abarca a otros sectores sociales o económicos, de modo de integrar la información nacional y hacerla comparable a nivel internacional. El contar con dicha información permitirá medir y vigilar con mayor precisión las consecuencias económicas y epidemiológicas de las políticas de salud.

Un aspecto medular de la política nacional será fortalecer y desarrollar una estrategia de **comunicación social** en materia de salud, con el fin de reforzar la información y la educación de la ciudadanía sobre aspectos

vinculados al sistema de atención y sus derechos, así como al cuidado y desarrollo, tanto en el ámbito de lo público como de lo privado, de aquellas prácticas generadoras de salud.

#### **4. EL DERECHO A LA SALUD**

El Gobierno Nacional se constituye en garante del derecho a la salud para todos, solidariamente y sin discriminaciones, para lo que se están proponiendo los ordenamientos necesarios y las normas pertinentes, al igual que los mecanismos de regulación y fiscalización de las acciones requeridas.

Se pone particular énfasis en la satisfacción de los usuarios, en el respeto de los derechos humanos y en la ausencia de discriminación; en preservar el derecho a la confidencialidad, a la intimidad y a la privacidad de las personas, así como el derecho de los pacientes en cuanto al acceso y a la comunicación de toda información relevante disponible relacionada con su diagnóstico y tratamiento, propiciando el consentimiento informado ante la potencial participación en actividades de investigación y docencia.

El derecho a la salud lleva aparejado el bienestar y la salud de las familias; el reconocimiento de la gente, el ambiente y sus problemas, así como el fortalecimiento de las organizaciones familiares, comunitarias y de la sociedad para una participación más responsable y protagónica.

Se ha de considerar a la salud en el lugar de vida: el hogar, la escuela, el trabajo, el barrio y la ciudad, incorporando espacios del equipamiento social con un enfoque de humanización y ética.

El derecho a la salud exige un cuidado integral de las personas que incorpore contenidos y actitudes para la satisfacción de necesidades fundamentales de identidad, protección, afecto, autonomía y reconocimiento de derechos.

Requiere, asimismo, la oportunidad de las acciones antes que el daño se produzca, en función del riesgo poblacional, para evitar males mayores con criterios preventivos proporcionales a las necesidades de las personas.

Los **niños** representan el grupo de mayor vulnerabilidad en donde los condicionantes sociales, económicos, culturales y ambientales son determinantes de su situación de salud; los **adolescentes** se enfrentan a los accidentes y las enfermedades de transmisión sexual, al flagelo de las drogas y a la exposición a tóxicos (cigarrillos, alcohol) por la adopción de estilos de vida no saludables; las **mujeres en edad reproductiva** están expuestas a enfermedades de transmisión sexual y a daños derivados de la reproducción; los **trabajadores** están sujetos a relaciones laborales propias de un mercado deshumanizado, que afectan su salud física y mental; los **ancianos** soportan el aislamiento motor y sensitivo y los problemas de la vejez; las **personas con capacidades diferenciales** enfrentan circunstancias que obstaculizan o impiden el desempeño de roles.

La pobreza, la marginalidad, las poblaciones con necesidades básicas insatisfechas y los grupos carentes de cobertura, permiten identificar adecuadamente los grupos en mayor riesgo social y vincularlos con los conocimientos epidemiológicos acumulados para una mejor orientación de las acciones en el campo sanitario y social

## **5. EL SISTEMA DE SALUD**

### **5.1. La Atención de la Salud.**

La intención es mejorar el desempeño y la operación del sistema de salud y avanzar hacia la integración mediante una mayor interacción entre los diferentes subsistemas participantes. El Ministerio de Salud buscará incentivar y orientar un **cambio en el modelo de atención de la salud** en las distintas jurisdicciones y en los tres subsectores, con el objeto de mejorar el acceso y los resultados sanitarios, al tiempo que utilizar los recursos de manera más equitativa y eficiente.

Se está priorizando el desarrollo de la **Atención Primaria de la Salud**, centrado en la creación de un nuevo paradigma basado en una concepción integral de la salud, dirigido a la promoción de estilos de vida saludables y a comportamientos de autocuidado, en un espacio próximo a las personas y las familias

Se está poniendo énfasis en los **desarrollos locales**, fortaleciendo los procesos de descentralización y dando prioridad al desarrollo del **primer nivel** de atención, con el desarrollo concurrente de los segundos y terceros niveles requeridos para la resolución integral de los problemas. El **médico de cabecera**, al desconcentrar la atención ambulatoria, se constituirá a nivel local en un recurso clave de este ordenamiento y de las articulaciones y referencias necesarias, responsable de la población asignada a su cargo y del desempeño del equipo local.

Serán fortalecidos el **Sistema de Vigilancia Epidemiológica** y la capacidad institucional para la gestión y operación de programas y actividades de prevención y control de los riesgos, ya sea para las personas como para el medio ambiente (agua, aire, suelo, residuos, sustancias químicas, etc.).

Se está propiciando con las distintas jurisdicciones provinciales y municipales, el fortalecimiento de las funciones de **regulación y fiscalización**, así como de las áreas vinculadas a la **garantía de la calidad**. La organización del sistema de la salud requiere perfeccionar y actualizar el proceso de **habilitación y categorización** y los sistemas de **acreditación** de establecimientos y servicios asistenciales de todos los subsectores, con normativas acordadas sobre bases técnicas para un tratamiento homogéneo de este universo en todo el país.

El desarrollo de la **ética biomédica** constituye un tema de prioridad para un adecuado funcionamiento de los sistemas, tal como lo señalan las **Resoluciones Ministeriales 407/99 y 31/2000**.

En la organización del sistema de salud se propiciará la **articulación** y la complementariedad entre los subsectores público, privado y de la seguridad social, para un uso más eficiente de los recursos, a la vez que se dará promoción e impulso a la activa **participación de la comunidad y de las Organizaciones de la Sociedad** y del voluntariado, cuando desarrollen actividades relacionadas a la finalidad salud.

En este sentido resulta de interés la conformación de **redes de salud integrales** para la resolución de problemas de salud de las comunidades, con clara definición del espacio geográfico poblacional de acción a su cargo, que

incluya los diseños y la operación de redes según niveles de resolución tecnológica. El desarrollo de las redes de salud se complementará con el fortalecimiento y las necesarias articulaciones con las redes personales, comunitarias y sociales, para optimizar la atención integral de las personas y su relación con el medio.

La propuesta deberá afectar a la totalidad del sistema de salud, actuando los **establecimientos públicos** como protagonistas y ejes de la transformación propuesta. En tal sentido el **hospital público** desarrollará un **nuevo perfil de actuación** promoviendo cambios en el comportamiento institucional y de los profesionales. Debe tenerse en cuenta la enorme importancia de la capacidad instalada pública, de la que no se puede prescindir si se proponen metas de cobertura integral para toda la población del país. El deterioro y la ineficiencia del hospital público atentan contra las intenciones de equidad para con aquellos usuarios que no pueden recibir otra atención que la ofrecida por éstos.

Desde el punto de vista administrativo y económico financiero, el Proyecto de Decreto de Creación del Régimen Federal de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada propuesto por la actual gestión, promueve acciones tendientes a incrementar los presupuestos hospitalarios a través de los ingresos obtenidos por el cobro de prestaciones efectuadas a beneficiarios de otros subsistemas de salud, sin afectar a los usuarios o a los pacientes sin cobertura. Incluye, entre sus objetivos, fomentar una gestión eficiente y racional de salud; mejorar los actuales niveles de accesibilidad de la población sin cobertura y respetar las particularidades regionales y locales de los establecimientos.

Los hospitales públicos habrán de elaborar el programa de actividades y el anteproyecto de presupuesto y administrarán los recursos asignados y los generados por el propio efector. El programa de actividades representará un verdadero compromiso contractual para los establecimientos acerca de los objetivos que se proponen, a la vez que la ejecución descentralizada del presupuesto servirá para el control del cumplimiento alcanzado en la gestión.

Asimismo se propicia el desarrollo de **sistemas de costos**, de los mecanismos de **control y evaluación** y de los sistemas informáticos

requeridos, entre ellos la disponibilidad de los padrones de afiliados de las obras sociales y otros sistemas de seguro.

## 5.2. El Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud

El proceso de desarrollo de recursos humanos se adecuará a la realidad sanitaria nacional, regional y local, teniendo como prioridad la formación de **equipos interdisciplinarios orientados al primer nivel de atención.**

Las autoridades sanitarias nacionales están empeñadas en **fortalecer la coordinación con las Jurisdicciones y las Universidades**, en programas de formación y capacitación de **grado, postgrado y educación continua en Atención Primaria de la Salud.**

En tal sentido, las **residencias médicas** (475 cargos) están orientadas a fortalecer el primer nivel de atención, habiéndose promovido que un 30% del total del período de formación se realice en este escenario. Se creó también una residencia (FORMAR) organizada según rotaciones médicas por áreas de riesgo.

Es intención desarrollar estudios acerca de las distintas profesiones del sector, en cuanto a oferta y demanda por especialidad y por región, que ayude a satisfacer las necesidades cuali y cuantitativas del país al respecto, así como la proyección requerida para el mediano plazo.

Asimismo se incentivarán acuerdos para uniformar los criterios y los mecanismos de actualización de la **certificación y recertificación** de los profesionales.

## 5.3. El Desarrollo y Reciclaje de los Recursos Físicos en Salud

Las propuestas en este campo integrarán los aspectos de la Arquitectura, el Equipamiento y la Ingeniería de las Instalaciones, en una concepción vinculante de estos componentes.

El enfoque de **calidad** deberá primar en todo el proceso de planeamiento del recurso físico en salud, ya que la calidad de éste condiciona fuertemente la calidad de la atención y de los servicios que se brindan.

Se pondrá particular énfasis en la **humanización de los espacios**, preservando la identidad de las personas y las condiciones de privacidad, habitabilidad, confort y seguridad, y dando respuesta a los requerimientos para la integración plena de las personas con capacidades diferenciales.

En la selección de las soluciones y de las tecnologías a utilizar, se habrá de valorizar el **enfoque económico** mediante estudios de costos, vida útil, eficiencia y fiabilidad de las propuestas, y se dará prioridad a la conservación del recurso físico y al buen uso de la capacidad instalada.

Se han alcanzado hasta la fecha, a través del desarrollo del “**Proyecto de Recuperación de la Capacidad Instalada del Sector Salud**” - 1999, encuadrado en el convenio de Cooperación Técnica celebrado entre la Universidad de Buenos Aires y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, los siguientes resultados:

- Un **diagnóstico de la capacidad instalada de los subsectores público, privado y de la seguridad social**, a nivel nacional, regional y provincial, según cantidad de establecimientos de atención de internación y de atención ambulatoria, su caracterización según superficie y presencia de equipamiento y la caracterización de la obsolescencia física según rangos por estado.
- Una **propuesta de inversiones en obras de arquitectura, equipamiento y mantenimiento** según hipótesis alternativas, que reconocen la puesta al día de la totalidad de la capacidad instalada, y priorizan el desarrollo del primer nivel de atención, en establecimientos de atención ambulatoria y de internación, con nodos referenciales de diagnóstico y tratamiento a nivel urbano.

## **6. LOS SISTEMAS DE SEGURO: FINANCIAMIENTO**

### **6.1. Integración y Reforma de los Seguros de Salud**

El subsector de la seguridad social brinda, a través de las obras sociales, cobertura financiera a alrededor de 20 millones de personas, como ya

fuera mencionado. Queda así casi un tercio de la población carente de cobertura explícita, siendo este grupo poblacional el que concentra el mayor porcentaje de personas con bajos ingresos y el que contribuye con una mayor proporción al gasto directo de bolsillo.

Para lograr un sistema de salud más equitativo y eficiente es esencial, por un lado, tratar de disminuir las diferencias que existen entre las distintas entidades que componen el sistema, y por otro lado, atemperar las diferencias en cuanto a acceso, financiamiento y prestaciones entre la población con cobertura explícita y la población que actualmente carece de ella, haciendo extensiva la cobertura a estos últimos.

Lo que se procura es integrar la cobertura financiera que brindan las Obras Sociales nacionales, las Obras Sociales provinciales, las empresas de medicina prepaga y la potencial cobertura que se podría brindar a la población carente de la misma, dentro de un mismo marco regulatorio, financiero y prestacional, de manera de facilitar la portabilidad de la misma entre las distintas entidades.

Simultáneamente es necesario mejorar la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad de las obras sociales, profundizando los procesos de reconversión y de libre opción, de modo que garanticen las prestaciones esenciales de salud y su calidad.

Es asimismo menester fortalecer la función reguladora, de evaluación y de control por parte de los organismos de Gobierno -nacionales, provinciales y municipales- mediante el desarrollo coordinado y la aplicación de las normas y procedimientos pertinentes.

Si este proceso tuviera éxito, aunque en muchas jurisdicciones implicara realizar reformas legislativas, se podría disponer de un sistema con mayor integralidad y homogeneidad a nivel del país.

El Ministerio de Salud de la Nación se propone una modificación global importante del **Sistema Nacional del Seguro de Salud**, en consenso con otras instancias nacionales y provinciales, que comprende los siguientes objetivos:

- **Consolidar y ampliar la reforma de las Obras Sociales Nacionales** y propiciar acuerdos con las jurisdicciones para la **reforma de las Obras Sociales Provinciales**, profundizando los procesos de reconversión, libre opción y la integración dentro del marco regulatorio nacional.
- Garantizar los servicios de salud, con criterios de integralidad y universalidad, para la **población sin cobertura** y propiciar el desarrollo de **seguros de salud** a nivel jurisdiccional.
- Incorporar a las Empresas de **Medicina Prepaga al marco regulatorio** del sistema de seguro.
- Definir los **beneficios básicos y únicos** a los que se obliga el sistema: **PMO**
- Implementar normas para el **diagnóstico económico financiero y procedimiento de crisis de Obras Sociales** y promocionar e **implementar Consorcios** y otras formas asociativas de Obras Sociales.
- Desarrollar en **coordinación con el Sistema Nacional de Información** para la Salud, los sistemas de información requeridos por el sistema de seguros, así como los estudios necesarios de economía de la salud, para una administración más eficiente.

## **6.2. Marco Regulatorio de las Obras Sociales Nacionales. Decreto 446/2000**

El cambio en el **Marco Regulatorio de las Obras Sociales Nacionales** recibió un nuevo impulso desde la publicación del **Decreto 446 en junio de 2000**, a través del cual se busca incrementar la solidaridad del sistema mediante el fortalecimiento del Fondo Solidario de Redistribución, aumentando los aportes al mismo en relación con el nivel salarial.

Además, asegura una cápita por “beneficiario”, no por afiliado como era en el sistema hasta el presente, e incrementa las posibilidades de optar libremente entre más agentes de salud, ya que permite que los prepagos y otras entidades puedan inscribirse como agentes de salud, con la obligación de brindar las mismas prestaciones y en igualdad de condiciones respecto de las Obras Sociales.

El paso lógico siguiente sería el ajuste de las cápitras por riesgo según

edad, sexo y lugar de residencia, en concordancia con un sistema más equitativo, así como el desarrollo de un padrón de afiliados confiable y actualizado.

Cabe señalar que para que las entidades puedan cumplir adecuadamente con las prestaciones que por Ley deben brindar (PMO), deberían tener una población de beneficiarios de un tamaño y con características tales, que constituya un conjunto de riesgo adecuado. En la actualidad, un porcentaje muy significativo de entidades no reúne estas condiciones, ya que poseen una población insuficiente en cuanto a número de beneficiarios, por lo que se prevé una concentración de las mismas.

La **Superintendencia de Servicios de Salud** se encuentra abocada a la **reglamentación del Decreto**, que entrará en vigencia a partir de **Enero del 2001**. Dicha reglamentación contempla entre otras cosas, la cápita mínima que el sistema asegura por beneficiario; un sistema de reaseguro para las prácticas de baja prevalencia y alto costo; normas claras para evitar posibles prácticas de selección adversa o “descreme” por parte de los agentes, así como para el control de los subsidios cruzados, en general por la atención en el sector público de personas aseguradas en otros sistemas, sin la necesaria compensación económica.

### **6.3. Programa Médico Obligatorio –PMO**

El Programa Médico Obligatorio es un listado de las prestaciones que obligatoriamente deben brindar las Obras Sociales Nacionales y está en vigencia desde la publicación de la Resolución del Ministerio de Salud N° 247/96. El Ministerio elaboró dicho programa en cumplimiento del Decreto del Poder Ejecutivo N° 492/95.

El análisis del actual **PMO** revela que reproduce el modelo prestacional vigente, con un fuerte acento en los procesos curativos de mediana y alta complejidad. Asimismo carece de un desarrollo suficiente de acciones de prevención y promoción y de pautas para la acción en el primer nivel de atención.

La **Superintendencia de Servicios de Salud** está analizando el **PMO** y proponiendo las modificaciones y adecuaciones necesarias, a fin de

exigir a los entes del seguro y a los prestadores de salud la implementación de la nueva estrategia, en cuanto a desarrollar un modelo con fuerte **énfasis en la prevención y promoción**, que facilite la accesibilidad y que incluya la atención materno infantil o de patologías prevalentes como el VIH/SIDA. Dichos cambios deberán, además, reflejar y adaptarse a las realidades jurisdiccionales o regionales.

Esta situación convierte al **PMO** en un poderoso **instrumento de políticas de salud**, con un carácter de “**único**” y como parte de un nuevo proyecto de salud más equitativo.

#### **6.4. Reconversión de las Obras Sociales Provinciales**

Estas entidades, que en conjunto dan cobertura a alrededor de 6 millones de personas, presentan un panorama sumamente heterogéneo en cuanto al estado económico financiero de cada una de ellas, las prestaciones que brindan, la población que cubren y el marco jurídico en el que están encuadradas, ya que, como resultado de la organización federal del país, cada una de ellas actúa independientemente y son reflejo del distinto desarrollo de las jurisdicciones en las que actúan.

La intención del Ministerio es tratar de acordar, en el marco del COFESA, con las Provincias en general y con cada una de ellas en particular, las etapas necesarias para que cada jurisdicción oriente la reforma, en cuanto a capacidad de gestión, financiamiento, uso eficiente de los recursos y obligaciones prestacionales de su sistema de cobertura provincial, hacia un proceso de integración con el sistema de cobertura de las Obras Sociales Nacionales, que están bajo la regulación de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Para ello es necesario facilitar en muchas de ellas planes de reconversión, con el objeto de sanear sus finanzas y reforzar su capacidad técnica y de gestión, previo análisis de las respectivas necesidades y características.

El gobierno es consciente que, dadas las diferencias actuales entre las distintas jurisdicciones, se requerirá la utilización de algún mecanismo redistributivo solidario entre ellas. Un mecanismo de este tipo permitiría un balance interjurisdiccional más apropiado, con menores diferencias,

mejorando las posibilidades de las jurisdicciones más postergadas para acceder al financiamiento de proyectos para el desarrollo de sus sistemas.

Respecto a la implementación de un seguro de salud provincial, es importante señalar que algunas jurisdicciones han avanzado en este tema, en aspectos de legislación específica o en el marco de los **Préstamos de Reforma Provincial (PRL)** otorgados o en vías de negociación con el Banco Mundial, siendo el seguro de salud, en estos casos, una condicionalidad del préstamo.

### **6.5. Garantía de Servicios de Salud para Población sin Cobertura y Desarrollos Jurisdiccionales de Seguro de Salud.**

Existe en la actualidad un grupo poblacional muy significativo de personas, variable según la jurisdicción, que carece de cobertura financiera explícita. Dentro de este grupo se encuentran los trabajadores autónomos, en su mayoría de ingresos medios y bajos, los trabajadores informales independientes, los desocupados y la población sin actividad ni cobertura. Esta población recurre para su atención al sector público local, recibiendo con frecuencia un trato de menor privilegio o una postergación en su atención en favor de las personas con cobertura explícita.

**El Proyecto de Decreto del Régimen Federal de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada** tiene como uno de sus objetivos mejorar los actuales niveles de **accesibilidad a la población sin cobertura**, garantizando la gratuidad del acceso y eliminando todo tipo de pago directo por la utilización de los servicios.

El desarrollo de un sistema de cobertura explícita para la actual población sin cobertura repercutirá favorablemente en la equidad del sistema, al homogeneizar la condición de asegurado para todos los demandantes. Debe tenerse en cuenta la grave situación de las personas con VIH/SIDA, ya que la mayoría no tienen trabajo estable o lo perdieron por variadas razones vinculadas a su enfermedad. El seguro les garantizaría la atención integral de su salud.

El Gobierno Nacional habrá de consensuar con las Provincias la

realización de estudios minuciosos que analicen la factibilidad económica financiera de estos seguros y brindará la asistencia técnica y financiera requerida para estos fines.

Los estudios de factibilidad proporcionarán valiosa información comparativa entre el costo de los actuales sistemas y el costo de asegurar explícitamente a la población sin cobertura financiera.

## **6.6. Regulación de las Empresas de Medicina Prepaga**

Las empresas de medicina prepaga son administradoras de fondos de terceros y por lo tanto depositarias de la fe pública. Es evidente que al igual que ya lo hace con las entidades financieras, las compañías de seguro, las AFJP y las ART, el Estado deberá regular y monitorear las actividades de esas empresas mediante la Superintendencia de Servicios de Salud.

A este efecto se está estudiando el conjunto de normas que, en el ámbito de la **Ley** que tiene **media sanción del Congreso Nacional**, provea el **marco regulatorio** para la actividad.

Se hace necesario realizar la regulación de las empresas de medicina prepaga, no sólo para garantizar a los usuarios del sistema el cumplimiento de las condiciones contractuales, sino por la necesidad de calificar a las entidades, especialmente ante la posibilidad de participación en un proceso de competencia regulada.

El control sobre estas entidades deberá extenderse a dos aspectos principales: el prestacional, verificando el estricto cumplimiento del PMO al que están obligadas de acuerdo a la Ley 24.756, y el económico financiero, a partir de un modelo de diagnóstico y evaluación económico financiera que permita conocer con anticipación posibles situaciones de falencia. Se determinarán requisitos patrimoniales, reservas técnicas, condiciones de liquidez, entre otros aspectos, y se implementarán procedimientos de crisis y de intervención de estas entidades.

## 7. INVESTIGACIÓN Y TECNOLOGÍA EN SALUD

El Ministerio de Salud de la Nación valora, como política sustantiva de su gestión, a la investigación científica y al desarrollo tecnológico en el campo de la salud y, en reconocimiento de la prioridad otorgada a la coordinación y conducción de las actividades de investigación clínica, básica y aplicada en ciencias de la salud, decidió la creación, dentro de su estructura, de la **Subsecretaría de Investigación y Tecnología**.

Esta unidad mayor está destinada a:

- Promover, coordinar y conducir la **investigación clínica, básica, epidemiológica y aplicada** a las ciencias de la salud orientadas al conocimiento de la etiología, la patogenia, la evolución, el pronóstico, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades humanas, para la solución de las patologías más significativas del país.
- Promover el desarrollo de estudios que permitan evaluar el **impacto de la biotecnología sobre la salud humana**, tendiendo a producir en el futuro una regulación sobre dicho campo acorde a los resultados científicos obtenidos.
- Propiciar las relaciones de **intercambio de investigadores con instituciones científicas del país y del extranjero**.
- Ordenar, articular y fortalecer los **Institutos de Investigación, Docencia y Producción** dependientes del Ministerio de Salud de la Nación.

La ola de nuevas tecnologías que llega de modo continuo y creciente a los sistemas de salud tiene que ser administrada de forma tal de mantener la viabilidad técnica y financiera de los mismos y la satisfacción de los usuarios. Ello requiere el desarrollo a nivel nacional y provincial de instancias de evaluación de tecnologías de procesos y productos y la incorporación de estas actividades al accionar permanente de los planes y los programas de salud.

Estos procesos de análisis están dirigidos a estimar el valor y la contribución de cada tecnología a la mejora de la salud individual y colectiva, teniendo en cuenta su impacto económico y social. Los

resultados de dicha evaluación deberán ser utilizados en los ámbitos de regulación y provisión de las tecnologías.

Por **Resolución del Ministerio de Salud N° 620/2000** se crea una **Unidad Coordinadora Ejecutora** en la jurisdicción de dicho Ministerio, Secretaría de Políticas y Regulación Sanitaria, con la finalidad de coordinar todas las acciones tendientes a la normatización, contralor, fiscalización y uso de **medicamentos, alimentos y tecnología médica** de uso y aplicación en medicina humana.

El Ministerio de Salud conforme a la Ley de Ministerios entiende en la fiscalización de todo lo atinente a la elaboración y distribución de productos medicinales, biológicos, drogas, dietéticos, insecticidas, de tocador, aguas minerales, hierbas medicinales y material e instrumental de aplicación médica; en las acciones destinadas a la fiscalización sanitaria y bromatológica de los alimentos y ejerce el poder de policía sanitaria en lo referente a productos, equipos e instrumental vinculados con la salud.

Los objetivos de la Unidad Coordinadora Ejecutora incluyen aspectos vinculados con:

- Coordinar con las Secretarías y Subsecretarías del Ministerio de Salud y con la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT), la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS), la Superintendencia de Servicios de Salud y otros, involucrados en actividades relacionadas a esta temática.
- Coordinar la regulación y control de la calidad, seguridad, eficacia, accesibilidad y precio de los medicamentos, alimentos y demás tecnologías; procurar su uso racional; definir los términos de incorporación, así como las condiciones y normas para su utilización pública y privada.
- Procurar alcanzar el máximo nivel de satisfacción posible de la población asistida.

## 8. PROGRAMAS PRIORITARIOS

### 8.1. Programa de Atención Primaria de la Salud

En el Proyecto de Decreto, la **Iniciativa Nacional de Estrategia de Atención Primaria de la Salud** es concebida como una herramienta fundamental, que contribuirá a garantizar la accesibilidad a los servicios de salud en forma equitativa para toda la población del país.

La iniciativa se propone **aumentar la cobertura en salud, promover la equidad en el acceso y mejorar las condiciones de salud de la población**. El cumplimiento de los objetivos propuestos deberá verificarse a través de una reducción de las tasas de mortalidad infantil, de mortalidad materna, del porcentaje de recién nacidos con bajo peso y de las tasas de incidencia y prevalencia de las patologías más comunes según el mapa epidemiológico a nivel local y otros indicadores adicionales.

La iniciativa tendrá un componente nacional y un componente provincial.

El **componente nacional** :

- Establece los **lineamientos y criterios** generales comunes a todas las jurisdicciones así como el **monitoreo** de la ejecución y de la evaluación de los resultados, en coordinación con las Secretarías y Subsecretarías en lo referente a temas de su incumbencia
- Brinda **asistencia técnica** permanente a las Provincias en diseño y ejecución de proyectos; formación, reconversión y educación continua de recursos humanos; desarrollo de sistemas de información y comunicación.

El **componente provincial** desarrolla, a través de los Ministerios de las jurisdicciones, la **planificación operativa** de la iniciativa, generando las propuestas programáticas, que deberán contener acciones relacionadas con la promoción y educación para la salud; la prevención de patologías prevalentes; la formación de agentes de salud; la

descentralización de la atención ambulatoria; el saneamiento ambiental y el agua potable; la salud comunitaria, entre las más importantes.

## **8.2. Programa de Médicos de Cabecera**

El **Programa Nacional de Médicos de Cabecera** se crea por **Resolución del Ministerio de Salud N° 436/2000** frente a la necesidad de establecer estrategias para la Atención Primaria de la Salud que permitan la descentralización y racionalización de los recursos, así como una mayor eficiencia de las acciones de asistencia sanitaria en todo el territorio de la República, siendo su objetivo la prevención y el cuidado de la salud de la población

Basado en la **experiencia realizada en la Ciudad de Buenos Aires**, el Gobierno Nacional se ha comprometido a apoyar con financiamiento decreciente, la designación de médicos con población a cargo en las distintas jurisdicciones del país, quedando bajo la responsabilidad de la Provincia o del Municipio la gestión de los mismos y su conexión con otros niveles de atención, al igual que la capacitación requerida para un adecuado desempeño.

El Programa reviste un carácter piloto y está dirigido a pacientes sin cobertura médico asistencial y que no cuenten con otra posibilidad de atención que la que les pueda ofrecer el sistema público.

Los médicos de cabecera se constituirán en el pivote de coordinación local de los diversos programas del Ministerio Nacional y funcionarán además como sensores epidemiológicos regionales al proveer su información mensual.

Trabajarán así vinculados con los programas de maternidad e infancia, inmunizaciones, prevención del cáncer génito-mamario, prevención de las patologías cardiovasculares, SIDA, vigilancia epidemiológica, entre otros, previéndose la incorporación de medicamentos para aumentar su capacidad resolutoria.

El Programa estimulará la formación de equipos multidisciplinarios de salud familiar y vinculará su quehacer con la acción de los agentes sanitarios, financiados por el Tesoro Nacional o por las Provincias.

Aquellos médicos que se instalen en zonas rurales alejadas, vinculadas a poblaciones vulnerables, tendrán un incentivo económico significativo.

Se elaborarán padrones sobre la base de catastro de beneficiarios y la situación socio económica de los beneficiarios de cada distrito, y los datos epidemiológicos disponibles servirán de base para el establecimiento de metas y programas sanitarios de carácter local.

El Ministerio Nacional de Salud evaluará el modelo de atención médica sobre la base de los indicadores de uso de prestaciones observadas, conductas de los prestadores, información epidemiológica y encuestas para medir el grado de satisfacción de los beneficiarios, quienes participarán en la eventual detección de desvíos que requieran medidas de corrección oportunas.

### **8.3. Programa de Apoyo a la Investigación en Ciencias de Salud**

Por **Resolución del Ministerio de Salud N° 282** del 19 de Abril de 2000, se asigna a las Subsecretarías de Investigación y Tecnología y de Planificación, Control, Regulación y Fiscalización, la organización y reglamentación de un **sistema de becas de investigación para profesionales** del área de salud, que deberá prever el modo de convocatoria, la composición del jurado, las condiciones de los aspirantes, la temática a investigar, el proyecto de desarrollo, el monto destinado a sufragarlo y las demás condiciones para su adjudicación.

Por disposición de las Subsecretarías mencionadas se crean las **Becas “Ramón Carrillo - Arturo Oñativia”** para Investigadores profesionales en el área de salud; los destinatarios de las becas serán investigadores en el área de ciencias de salud que se encuentren en plenitud de producción, que hayan realizado en el país o en el extranjero una labor intelectual original y sean autores de publicaciones en revistas con referatos y con continuidad en el tiempo y en el tema. Las becas serán otorgadas para llevar a cabo un plan de investigación a desarrollarse en el curso del año.

Dentro del estipendio de la beca, una parte será destinada a la incorporación de un joven profesional del área de salud que desee iniciar o perfeccionarse en su formación de investigador.

Las becas serán asignadas mediante concurso público de antecedentes y Plan de Trabajo para realizar estudios en el área de salud, incluyendo el área tecnológica si se tratara de una investigación orientada a la medicina humana, y de investigaciones básicas y clínicas que apunten a la generación de conocimiento de la fisiología, la etiología, el pronóstico, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades humanas. En setiembre del año 2000 se seleccionaron, de 449 postulantes, los primeros 146 grupos de Investigación. Estos 146 beneficiarios, a su vez, deberán incorporar a 146 jóvenes investigadores dentro de cada uno de los proyectos por medio de los cuales fueron seleccionados como ganadores de las Becas “Ramón Carrillo- Arturo Oñativia”

#### **8.4. Programa de Atención de la Salud Materno Infantil**

Por **Resolución del Ministerio de Salud N° 2/2000** se crea la **Unidad Coordinadora Ejecutora** para coordinar las actividades de la **Dirección de Maternidad e Infancia** con el **Programa Materno Infantil y Nutrición -PROMIN**.

Este programa dedicará sus esfuerzos a apoyar la atención de la población de mujeres y niños en mayor riesgo de todas las jurisdicciones del país, enfatizando en los sectores más pobres y con peores indicadores socio-sanitarios. La cooperación con las provincias se realizará mediante transferencias de fondos para la compra de insumos, capacitación y recursos de asistencia técnica. Las transferencias se realizan diferencialmente según el grado de vulnerabilidad social de cada jurisdicción, de modo de contribuir a la construcción de un mapa más igualitario en el país.

Además, el programa plantea como prioritario la reducción de la mortalidad infantil y materna mediante el apoyo a la estrategia de atención primaria, la capacitación de los integrantes del equipo de salud y el fortalecimiento de la gestión de los servicios del primer nivel de complejidad, la responsabilización de los servicios sobre la salud de la población que allí reside, la programación local, y la evaluación permanente de procesos y resultados

El programa suscribirá convenios de gestión anual con las provincias para apoyar sus esfuerzos en prevenir y atender la malnutrición y las enfermedades más frecuentes en la infancia, mediante fondos para compra de leche en polvo, medicamentos, equipamiento para servicios de baja complejidad, educación y comunicación social.

Las actividades estarán dirigidas, principalmente, a la promoción y la prevención, así como a la atención en el primer nivel de atención y primero de referencia, con el objeto de:

- Mejorar la cobertura y la calidad del control prenatal, de la vigilancia del crecimiento así como asegurar un adecuado estado nutricional, de salud y de desarrollo de los niños
- Incorporar acciones de promoción y prevención de la salud dirigidos a los niños en edad escolar y a los adolescentes, que incluye los aspectos de la salud sexual, las adicciones, la violencia y los trastornos alimentarios.
- Realizar inversiones en infraestructura y equipamiento en todos los servicios que atiendan más de 2000 partos anuales, comenzando por aquéllos con tasas más altas de mortalidad perinatal.
- Organizar sistemas regionalizados para la atención de partos de alto riesgo y de la atención de terapia neonatológica.
- Reorientar la formación de los recursos humanos, enfatizando la educación permanente del personal, con adecuadas reglas de certificación y recertificación, y programas de acreditación de servicios, particularmente maternidades y servicios de neonatología.
- Articular con los Programas de Atención Primaria y de Vigilancia Epidemiológica, promoviendo la investigación epidemiológica y la auditoría de la Mortalidad Infantil y Materna.
- Implementar programas de procreación responsable, utilizando la comunicación social con campañas a través de medios masivos, incentivando acciones de organización comunitaria y comunicación a nivel local.

## 8.5. Prevención y Control de Enfermedades y Riesgos para la Salud

El concepto de **Vida Sana** implica una visión integral y abarcativa de la Salud y requiere el desarrollo de políticas y acciones relacionadas tanto con el control y la prevención de las enfermedades, como con los riesgos para la salud y el estímulo o la promoción de condiciones de vida saludables. Esta concepción requiere desde la autoridad pública, el involucramiento de los recursos sectoriales y extrasectoriales en pos de políticas saludables, en los diversos aspectos del quehacer humano, particularmente con las áreas de Educación, Infraestructura y Medio Ambiente.

El **Plan Nacional de Prevención y Promoción** contempla una serie de actividades de orden asistencial, comunitario y político orientadas a articular todas estas variables con las que se define la calidad de vida.

El **Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica** (SI.NA.VE) que forma parte del Sistema Nacional de Información en Salud, es la herramienta que debe permitir el monitoreo de las condiciones de salud/enfermedad. Para ello se ha planteado su fortalecimiento, en términos de desarrollar capacidad para la toma de decisiones basadas en la evidencia epidemiológica.

Estas acciones reciben el apoyo del **Proyecto de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades VIGI-A**, el que cuenta con distintos componentes destinados a la vigilancia de la salud, el control de las enfermedades, la promoción social y la investigación.

Específicamente, a través del Proyecto VIGI-A se desarrollará una Red Nacional sobre la base de capacitación de personal profesional y técnico, provisión de elementos informáticos y apoyo en infraestructura de establecimientos de salud y laboratorios que participan en el sistema, en todo el país.

La red a desarrollar articulará los niveles locales, provinciales y nacional en tiempo real y servirá además, como sostén informático para otros programas relacionados con Atención Primaria, Salud Ambiental y de los Alimentos, Maternidad e Infancia, entre otros.

La actual red nacional de Laboratorios se ampliará y mejorará mediante asistencia técnica e inversiones en arquitectura e equipamiento. La estrategia de vigilancia incluirá la implementación de unidades centinelas.

Ya se han actualizado manuales de normas y procedimientos del SI.NA.VE.

En el campo de las enfermedades inmunoprevenibles, desde la creación del **Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)** en 1977 se han logrado avances significativos en el control y erradicación de enfermedades, incorporándose nuevas vacunas al programa regular, lo cual se traduce en una reducción de la incidencia de estas enfermedades y una mejora en la calidad de vida de nuestra población. El Ministerio de Salud continuará garantizando y expandiendo las actividades del PAI, proveyendo los biológicos, los descartables y reforzando la capacitación y el sistema de información en todos los servicios de salud del país. Durante esta gestión se realizó, en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud, la Evaluación Nacional del PAI -luego de diez años sin contar con la misma- y se ha establecido un Plan de Acción para los próximos cuatro años.

Con relación a la **Tuberculosis**, se facilitará la implementación del tratamiento antituberculoso acortado directamente observado (DOTS). Esta metodología ha demostrado su eficacia en reducir las defunciones y aumentar las tasas de curación, además de reducir la transmisión de la infección y prevenir la fármacorresistencia.

La Atención Primaria de la Salud, promovida como estrategia desde el Ministerio de Salud, será el marco adecuado para el manejo eficaz de la TBC a través del DOTS.

El **control de dengue** motivó la creación de una comisión para la coordinación de actividades de control tendientes a integrar las acciones de prevención, incorporando un sentido comunitario a las mismas para garantizar su aceptación, eficacia y sustentabilidad. El Ministerio de Salud de la Nación Argentina, en colaboración con la Secretaría de Agricultura del Gobierno de los Estados Unidos, realizará un Programa de Investigación para el Control Biológico del Mosquito *Aedes Aegypti*.

Con respecto a **la enfermedad de Chagas**, la Argentina aún no ha alcanzado la meta de interrupción de la transmisión vectorial y transfusional de la enfermedad. En razón de esto, las actividades del programa serán reforzadas, priorizando la participación comunitaria en el control de la enfermedad, control químico de las áreas endémicas no cubiertas, monitoreo de la interrupción de la transmisión y control de calidad de los bancos de sangre.

Una situación similar se presenta con relación a la **Lepra**, en la que un esfuerzo dirigido a las provincias con situaciones endémicas permitirá en corto tiempo lograr la meta de erradicación de esta enfermedad.

La Comisión Nacional de Prevención y Control del **Cólera** continúa las acciones de prevención y control de diarreas y cólera en todo el país.

Por **Resolución del Ministerio de Salud N° 29/2000** se creó la **Unidad Coordinadora Ejecutora** para coordinar las actividades del **Programa de Lucha contra los Retrovirus Humanos (Leucemia y SIDA)** y las acciones del **Proyecto de Control del SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) – LUSIDA**.

En cuanto al **VIH/SIDA** y las **ETS**, se están reforzando las actividades de difusión de información dirigida a la población general y también focalizada a grupos de riesgo sobre métodos de prevención de la infección, dando participación a organizaciones comunitarias y no gubernamentales. Esta participación es considerada un punto fundamental para el éxito de los programas de prevención. La difusión está orientada a destacar las estrategias clave de prevención, en particular la prevención de infecciones de transmisión sexual y la promoción de prácticas sexuales de poco riesgo. También se promoverá la protección de los consumidores de drogas inyectables y de sus parejas contra la infección por el HIV. Las estrategias incluyen programas de capacitación para el personal de los bancos de sangre, incluyendo información para efectivizar la autoexclusión entre los donantes voluntarios de aquellos provenientes de grupos con conductas de riesgo. Se han convocado a las Organizaciones de la Sociedad para la presentación de Proyectos de Prevención Comunitaria de VIH/SIDA y ETS.

Se continuará con la provisión gratuita de medicamentos antiretrovirales y con los estudios de CD4 y de carga viral para la población sin cobertura. Como parte de la estrategia se elaborarán pautas normalizadas de tratamientos, para utilizar aquellos esquemas terapéuticos de probada efectividad y se difundirán entre el cuerpo de profesionales.

Es motivo de intensa preocupación de las autoridades el constante incremento de la demanda para la provisión de medicamentos, y el alto costo de los mismos, por lo que se están estudiando distintas estrategias para facilitar su financiamiento. Cabe destacar que la TBC y el VIH/SIDA se han potenciado mutuamente, ya que el VIH multiplica en gran medida la velocidad a la que las personas infectadas por la TBC desarrollan la enfermedad y contagian a otras, siendo la TBC una de las principales causas de defunción de las personas con VIH/SIDA

Los riesgos de infección con VIH/SIDA y otros problemas/accidentes de salud en las personas usuarias de drogas, especialmente las de vía endovenosa, requieren programas especiales destinados a dominar estos riesgos. Para ello se están coordinando acciones con la Secretaría de Drogas de la Nación, SEDRONAR.

El rápido aumento de las **Enfermedades No Trasmisibles (ENT)** en el mundo entero representa uno de los desafíos sanitarios más importantes, ya que amenaza el desarrollo socioeconómico y la vida y salud de millones de personas.

En nuestro país, en la actualidad las enfermedades no transmisibles son responsables de más del 65% de las muertes. En 1998 la primera causa de mortalidad fueron las enfermedades cardiovasculares (34%), seguida por el cáncer (20%), y las muertes por accidentes y violencia (11%).

Es importante puntualizar que cuatro de las principales ENT (enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y diabetes) están fuertemente asociados con inadecuados **estilos de vida** (tabaquismo, alimentación inadecuada y sedentarismo). La prevención incluirá la lucha integrada contra ellos, con una focalización a nivel familiar, educacional y sociocomunitario. Es por lo tanto esencial apoyar el desarrollo de métodos integrados, como los programas CARMEN de control de riesgos multifactoriales

para enfermedades no transmisibles, u otros como Municipios Saludables o de gestión social y local de la salud.

Un capítulo especial merecerá la lucha antitabáquica. El **hábito de fumar** aumenta el riesgo de padecer enfermedad coronaria y de accidentes cerebrovasculares en todas las edades, pero especialmente entre los jóvenes. El tabaquismo aumenta también los riesgos de una gran variedad de otras enfermedades respiratorias y neoplásicas. Por lo tanto, las políticas sanitarias dedicarán grandes esfuerzos a la disminución del consumo.

A fin de mitigar las consecuencias de las **catástrofes** y de las **emergencias sanitarias** se requiere un trabajo previo, programado en dos planos: la organización de la respuesta de los servicios y su integración intersectorial, por un lado, y por otro, la prevención de estos hechos a través de la articulación sostenida con otras áreas del Gobierno y la Comunidad. Esta tarea está a cargo de la Dirección Nacional de Trauma.

Todos los programas preventivos ponen el énfasis en la **detección de la población con “factores de riesgo”** e incluirán campañas de difusión continuas para concientizar a la sociedad sobre los métodos más apropiados de detección y control, coordinados con los centros de atención primaria. Aquellos programas de **prevención específica** como la detección de cáncer de próstata, colon, pulmón, y en especial el cérvicouterino y mamario en la mujer serán priorizados. Por **Resolución del Ministerio de Salud N° 388/2000** se creó una **Unidad Coordinadora Ejecutora** cuyo objetivo prioritario es asegurar la **salud ginecológica de la mujer y su calidad de vida**, independientemente de su carácter materno. Es importante resaltar el gran esfuerzo económico que realiza el Ministerio de Salud en la compra y suministro gratuito a pacientes carenciados de drogas oncológicas.

Complementariamente, una **Encuesta Nacional de Salud** prevista para el año 2002 aportará información de los perfiles epidemiológicos sobre factores de riesgo de todas estos problemas de salud para ajustar los programas de prevención y control.

El **Registro Poblacional de Tumores** o registro de cáncer de tipo poblacional consistirá en la obtención de datos de aparición de nuevos tipos de cáncer y de cáncer preexistentes, registrándose además, la fecha de diagnóstico para cada uno de ellos. Este registro permitirá: conocer la distribución y prevalencia según área geográfica; detectar fenómenos de causalidad; el uso de datos para la coordinación de tareas de prevención y la evaluación de tratamientos.

El **Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas (ANAH)** constituye un emprendimiento basado en la estrategia de atención primaria, destinado a un grupo especial de riesgo como es la población indígena de nuestro país. El programa establece la localización geográfica y el financiamiento de 1400 agentes sanitarios seleccionados por las mismas comunidades indígenas, donde desarrollan sus recorridos y actividades de carácter fundamentalmente promocional y preventivo, en vinculación con los médicos de cabecera y los programas de maternidad e infancia, inmunizaciones y otros.

### **Cárceles Saludables**

Este programa se implementa por primera vez en América Latina, con la participación del **Ministerio de Justicia y Derechos Humanos**, a través de la Secretaría de Política Criminal y Asuntos Penitenciarios, y del **Ministerio de Salud**, con la Secretaría de Políticas y Regulación Sanitaria.

Cárceles Saludables se creó con la intención de desarrollar en las unidades penales federales, un entorno saludable que contemple los derechos humanos, éticos y legales de los internos alojados y del personal penitenciario federal.

Los objetivos del **programa** están dirigidos a:

- Implementar un sistema permanente de vigilancia epidemiológica y de información continua
- Evitar la diseminación de enfermedades (TBC, VIH-SIDA, hepatitis y enfermedades de transmisión sexual)

- Asegurar los cuidados, el tratamiento y el apoyo a los internos que viven con enfermedades físicas y/o psíquicas y a su entorno, incluyendo en éste al personal que lo asiste
- Minimizar la incidencia negativa de la enfermedad en los individuos y la comunidad
- Minimizar el impacto de factores socioeconómicos y de los comportamientos que aumentan los riesgos de enfermedad, tanto individual como colectiva
- Asegurar el bienestar psicofísico del personal penitenciario
- Asegurar una alimentación adecuada y condiciones ambientales dignas
- Identificar grupos poblacionales con necesidades especiales, por ejemplo internas con hijos adolescentes

## **9. ESTRATEGIAS DE ARTICULACIÓN DE LOS PROGRAMAS**

El sector salud de nuestro país, así como otros sectores sociales, se han caracterizado por la falta de coordinación en la planificación y la ejecución de los diversos programas y proyectos existentes, aspecto que ha derivado en ocasiones a la superposición de objetivos y acciones, con la consecuente duplicación en la inversión de esfuerzos y recursos.

Por este motivo, se define una línea estratégica orientada a una adecuada articulación entre los programas del sector salud existentes en los diferentes ámbitos, a fin de potenciar sus alcances e impactos en la salud de la población.

Es importante también destacar la necesidad de coordinar acciones con programas de otras dependencias, con el similar objeto de aunar esfuerzos, facilitar el desarrollo de las actividades y evitar duplicidades.

Para estos fines se creó por **Resolución del Ministerio de Salud N° 98/2000**, la **Unidad de Coordinación de Programas y Proyectos con Financiamiento Externo, UCPPFE**.

La UCPPFE tiene como principales objetivos:

- la coordinación con las Secretarías y Subsecretarías del

Ministerio de Salud, de otras jurisdicciones de orden nacional y provincial y con las Agencias y Organismos Internacionales, acerca de la gestión de los programas y proyectos de cooperación técnica financiera, de acuerdo a los requerimientos emanados de las políticas de salud.

- la vinculación con los programas estables y permanentes de la estructura ministerial, en los aspectos sustantivos, estimulando la comunicación, la interacción y el intercambio.
- la evaluación de la oportunidad y conveniencia del desarrollo de nuevos programas y proyectos internacionales de competencia del Ministerio de Salud.

La importancia de la articulación de programas y proyectos radica en la comprensión de que todas las acciones a implementar desde el sector salud, deben estar orientadas hacia el logro de un propósito único: lograr mayor equidad, solidaridad y universalidad del sistema de salud, aspectos a los que es dable aproximarse a través de las líneas estratégicas mencionadas.

## **10. REFERENCIAS**

- Indicadores básicos. Argentina 1999. OMS/OPS ARG/Ministerio de Salud
- Situación de Salud. Argentina 2000. OPS ARG/Ministerio de Salud
- Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. OMS
- Perfil de País 1997. Naciones Unidas. Argentina
- Informe sobre Desarrollo Humano 1999. PNUD
- Caracterización y Evolución del Gasto Público Social. MEyOSP/MS

## **ANEXO**

### **DECRETO 20/99**

#### **ADMINISTRACIÓN PÚBLICA NACIONAL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN**

##### **SUBSECRETARÍA DE COORDINACIÓN**

- Asistir al Ministro 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.
- Asistir a las unidades ejecutoras de las distintas categorías programáticas efectuando 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.
- 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.
- Coordinar la aplicación de las políticas de recursos humanos, organización de sistemas administrativos e informáticos.
- Instruir los sumarios administrativos disciplinarios.
- 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.
- 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.

##### **SUBSECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y TECNOLOGÍA**

- Entender en la coordinación y conducción de la investigación clínica básica y aplicada en ciencias de la salud.

- Entender en la aceptación, normalización y supervisión de los proyectos de investigación científica en salud.
- Supervisar el estricto cumplimiento de las normas a seguir en la investigación científica.
- Entender en el fomento y promoción de las relaciones de intercambio de investigadores con instituciones científicas del país y del extranjero.
- Promover la investigación epidemiológica y definir las alternativas de solución para las patologías más significativas en el país.

### **SECRETARÍA DE ATENCIÓN SANITARIA**

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

### **SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD**

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

### **SUBSECRETARÍA DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN**

- Formular, ejecutar y controlar los programas nacionales prioritarios encuadrados en las políticas específicas definidas.
- Programar y coordinar las acciones relacionadas con el proceso

- de transformación del modelo de atención médica.
- Proponer y conducir las acciones tendientes a garantizar la calidad de la atención médica.
- Entender en los aspectos relacionados con la salud materno-infantil y adolescentes.

## **SECRETARÍA DE POLÍTICAS Y REGULACIÓN SANITARIA**

- Asistir al Ministro de Salud en la gestión operativa e Institucional, en la elaboración de políticas de salud y en la planificación sanitaria.
- Entender en la regulación y fiscalización sanitaria, en el registro de normas y en la preparación de cuerpos ordenados de las mismas.
- Entender en materia de Sistema de Obras Sociales y en todo lo que no se encuentre delegado expresamente en esta materia en otros organismos.
- Supervisar el accionar de la Superintendencia de Servicios de Salud.
- Entender en la problemática relacionada con la infraestructura, equipamiento, aparatos, drogas, medicamentos y alimentos, conforme a la normativa vigente.
- Entender en las relaciones y normativa de las entidades de medicina prepaga.
- Entender en la cooperación técnica, en los convenios sanitarios internacionales, en las relaciones con los organismos internacionales de salud.
- Entender en la conducción de las actividades del Consejo Federal de la Salud y en la coordinación de las Delegaciones Sanitarias Federales.

## **SUBSECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN, CONTROL, REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN**

- Asistir en la planificación sanitaria global, realizar el control de gestión de planes, 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.

- 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.
- 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 salud.
- Coordinar la evaluación con las áreas competentes de las distintas jurisdicciones de los aspectos normativos y operativos con el fin de mejorar la eficiencia de los programas.
- Coordinar la elaboración de normas y desarrollo de mecanismos adecuados de fiscalización de los recursos de salud con el fin de garantizar la eficiencia y calidad de los mismos y de los sistemas y servicios de salud.
- Mantener y actualizar el registro y los controles sanitarios relacionados con la infraestructura, equipamiento, aparatos, drogas, medicamentos y alimentos, conforme a la normativa vigente.
- Entender en la fiscalización y control de la actualización periódica del registro de los profesionales de la salud, de los establecimientos asistenciales y de otros establecimientos relacionados con la salud.
- Coordinar la normalización y fiscalización de las acciones relacionadas con la sanidad en el área de frontera y transporte.
- Normalizar y controlar las actividades relacionadas con los reconocimientos médicos de los agentes de la administración pública nacional.