

MANUAL DE INDUCCIÓN PARA EL PERSONAL SANITARIO DE LA PROVINCIA DE MISIONES

Abog. Luis Eduardo López Torres

Colección **Gestión Pública** | Serie **Salud**



IMES
INSTITUTO MISIONERO
DE ESTUDIOS SUPERIORES

CEMER
CENTRO MISIONERO
DE ESTUDIOS REGIONALES

**MANUAL DE
INDUCCIÓN
PARA
EL PERSONAL
SANITARIO
DE LA PROVINCIA DE MISIONES**

Abog. Luis Eduardo López Torres

Posadas. Misiones. 2022

López Torres, Luis Eduardo

Manual de Inducción para el Personal Sanitario de la Provincia de Misiones / Luis Eduardo López Torres. - 1a edición especial - Posadas : CEMER-Centro Misionero de Estudios Regionales en políticas Públicas y Desarrollo Regional, 2022.

Libro digital, PDF - (Gestión Pública)

Archivo Digital: descarga

ISBN 978-987-47499-2-5

1. Gestión Pública. 2. Administración de la Salud. I. Título.
CDD 353.60982

© Autor: López Torres, Luis Eduardo

ISBN 978-987-47499-2-5

Edición Digital CEMER IMES

Diseño de tapa, diagramación y corrección: Diana Paola Pietrovzki & Yanina Denis

AUTOR

Luis Eduardo López Torres

Nacido en Posadas, Misiones, Argentina. Abogado. Master en Políticas y Gestión en Salud, especializado en Planificación, Estrategias y Proyectos en Salud, en Bioética y en Ética y Buenas Prácticas Clínicas de Investigación. Asesor legal y coordinador de Proyectos Especiales en el Ministerio de Salud Pública. Asesor legal en Colegios Profesionales de la Salud. Docente en la Universidad Católica de las Misiones y en el Instituto Misionero de Estudios Superiores.

Contenido

INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I	
SALUD, SALUD PÚBLICA, SISTEMA SANITARIO	9
I.a. Concepto de salud	9
I.b. Noción de salud pública	11
I.c. Salud Pública en Argentina	12
I.d. Salud Pública en Misiones	23
I.e. Regulación legal del derecho a la salud	32
I.f. Dimensiones análisis de salud	37
I.g. Definición y función del sistema sanitario	37
I.h. Actores dentro de un sistema de salud	38
I.i. Aspectos de un sistema de salud	39
I.j. Clasificación de los sistemas sanitarios	39
I.k. Sistema sanitario nacional	40
I.l. Legislación sanitaria	42
I.m. Situación de la Provincia de Misiones en el contexto nacional	43
CAPÍTULO II	
SISTEMA SANITARIO PROVINCIAL	46
II.a. Sistema sanitario provincial	46
II.b. Ministerio de Salud Pública	48
II.c. Competencias del Ministerio de Salud Pública	51
II.d. Otros actores del Subsector Estatal	55
II.d.1. Instituto de Previsión Social de la Provincia de Misiones	55
II.d.2. Colegios profesionales	56
II.d.3. Municipios	58
II.d.4. Parque de la Salud “Dr. Ramón Madariaga”	59
II.d.5. Ministerio de Prevención de Adicciones y Control de Drogas .	60
II.e. Principios de la política provincial de salud	62
II.f. Política sanitaria provincial	62
II.g. Subsector Estatal	64

II.g.1. Modelo de atención	64
II.g.2. Modelo de financiamiento	66
II.g.3. Modelo de gestión	68
II.g.4. Modelo de calidad	69

CAPÍTULO III

PERSONAL SANITARIO	76
III.a. Definición de personal del sistema sanitario	76
III.b. Derechos y deberes del personal sanitario	76
III.b.1. Ingreso	78
III.b.2. Inhabilidades	79
III.b.3. Incompatibilidades	79
III.b.4. Egreso	80
III.b.5. Derechos	81
III.b.6. Deberes	81
III.b.7. Prohibiciones	82
III.c. Ley de Carrera Sanitaria	83
III.c.1. Régimen de trabajo	84
III.c.2. Carrera sanitaria	84
III.d. Personal contratado por el Parque de la Salud	86
III.e. Ética profesional	87
III.f. Bioética	89
III.g. Bioética y salud pública	91
III.h. Leyes sobre ética en la función pública	93
III.h.1. Ley Provincial de enriquecimiento ilícito de funcionarios públicos	93
III.h.2. Ley Nacional de Ética en el Ejercicio de la Función Pública ..	95
III.h.3. Código de Ética de la Función Pública	96

CAPÍTULO IV

USUARIOS DEL SISTEMA SANITARIO	99
IV.a. Definición de usuario del sistema sanitario	99
IV.b. Necesidad y demanda en salud	100

IV.c. Derechos de los usuarios de servicios de salud	102
IV.d. Obligaciones de los usuarios de servicios de salud	109
IV.e. Ética ciudadana y del usuario	109
 ANEXOS	 114
ANEXO I. ÁREAS DEL GOBIERNO QUE GESTIONARON LA SALUD PÚBLICA EN ARGENTINA Y MISIONES ENTRE 1946 Y LA ACTUALIDAD	 115
ANEXO II. ZONAS SANITARIAS DE MISIONES	117
ANEXO III. HOSPITALES DE MISIONES	118
ANEXO IV. CUADRO COMPARATIVO DE POBLACIÓN CON NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS, EL GASTO PÚBLICO EN SALUD PER CÁPITA Y LA COBERTURA DE SALUD DE LAS 24 JURISDICCIONES DE ARGENTINA	 123
ANEXO V. ORGANIGRAMA DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE MISIONES	 125
ÍNDICE DE SIGLAS Y ABREVIATURAS	126
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	128
REFERENCIAS NORMATIVAS NACIONALES	132
REFERENCIAS NORMATIVAS PROVINCIALES	136

INTRODUCCIÓN

El propósito del presente manual de inducción es que cualquier persona que se incorpore a prestar un servicio en el sistema sanitario pueda rápidamente consustanciarse con su historia, misión, organización, funciones y objetivos.

Para ello, se divide en cuatro partes. La primera contiene nociones básicas sobre los conceptos de salud, salud pública y sistema sanitario. La segunda se refiere a la organización del sistema sanitario de la provincia de Misiones. La tercera, a los derechos y deberes del personal sanitario. La cuarta y última parte expone sobre los usuarios del sistema.

Como manual, constituye una síntesis y un resumen de todos los aspectos vinculados a la salud pública, donde se han seleccionado algunos datos que se consideran necesarios que el recurso humano conozca para integrarse adecuadamente a la función que se le asigne y desarrolle correctamente las actividades que le corresponda ejecutar. Además, procura ser una herramienta para que la ciudadanía sepa y entienda la función pública sanitaria. Los contenidos se han organizado con un criterio temático y cronológico. Los temas, a su vez, se han abordado de manera transversal, para ilustrar cómo se han desarrollado en el país y en la provincia.

La obra omite mencionar a muchos nombres destacados del sanitarismo argentino y misionero, como así también a partidos políticos y gestiones de gobiernos, en el entendimiento que las instituciones que han forjado trascienden a las personas.

En tanto compendio de un presente muy dinámico, este manual está sujeto a cambios, modificaciones y mejoras por las actualizaciones permanentes que van ocurriendo en el ámbito de la salud pública.

CAPÍTULO I

SALUD, SALUD PÚBLICA, SISTEMA SANITARIO

I.a. Concepto de salud

El concepto de salud es inseparable del de enfermedad. No puede ser definido con exclusión de este. Por eso se suele definirla de modo negativo, como ausencia de enfermedad. La salud se aprecia cuando se la pierde.

Como señala Diego Gracia¹, la idea de salud no ha sido la misma a lo largo de la historia. Las religiones mosaicas (como la judía) concebían a la salud como “**gracia**” y a la enfermedad como “**desgracia**”. Adán y Eva fueron agraciados en el paraíso terrenal (poseían salud, belleza, inmortalidad, prosperidad) y sufrieron la desgracia cuando fueron expulsados (enfermedad, dolor, muerte, pobreza).

En la cultura clásica (antigua Grecia) la salud era aquello que se ajustaba al orden natural, ya que la naturaleza es “**orden**” (*kosmos*). Mientras que la enfermedad era “**desorden**” (*khaos*) de lo natural, desarreglo de las costumbres por excesos o defectos (abuso o déficit de la bebida, de la comida, de otros placeres).

Recién en el mundo moderno se empezó a concebir que la salud no es sólo una cuestión de hechos, sino también un problema de valor, de apreciación, de estimación. Por eso se empezó a concebirla como una “**dicha**” mientras que la enfermedad se la percibía como una “**desdicha**”. La salud ya no era únicamente la

¹ Gracia D. “Bioética clínica”. 2da edición. Ed. Astrea. El Búho. Bs As., Bogotá, Porto Alegre, Santiago. 2021.

ausencia de la enfermedad, sino la búsqueda del máximo bienestar. Es por ello que en 1946 la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) definió a la salud como “*estado de perfecto bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de la enfermedad*”².

La salud abarca entonces tres dimensiones, cuyos alcances en algunos casos son difíciles de precisar. La salud física y psíquica, en la medida que tienen su anclaje en el cuerpo de un ser humano, pueden ser delimitados en cierta medida. Mientras que la salud social está conformada por el contexto en donde ese cuerpo nace, crece, se desarrolla y muere. Por ende, está determinada por la alimentación, la educación, el género, la posición social, el trabajo, los hábitos de vida, la vivienda, el saneamiento ambiental, etc.

La referencia a la palabra “estado” no debe interpretarse en el sentido que la salud sea una situación estática, sino más bien es un proceso continuado, un equilibrio dinámico entre sus distintas dimensiones (física, psíquica y social). La salud perfecta no existe, sino que es un concepto al que solo nos podemos aproximar. Es el resultado de la coincidencia entre el sentimiento objetivo de bienestar y la normalidad fisiológica – comportamental. Es la condición en la que un individuo o un conjunto de individuos es capaz de realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o enfrentar al ambiente. La salud es un recurso para la vida diaria y no un objetivo de vida³.

Por último, hay que tratar de evitar la relativización del término “bienestar”, ya que, si bien depende del sistema de valores y del proyecto de vida de cada uno, se debe tratar de consensuar en la sociedad una noción que sea positiva (no solamente ausencia de la enfermedad) y que al mismo tiempo sea operativa (es decir,

² Constitución de la Organización Mundial de la Salud de 1946.

³ Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986.

que permita o facilite la medición de la salud).

I.b. Noción de salud pública

Manifestaciones del instinto de conservación de la salud de los pueblos existe desde los comienzos de la historia de la humanidad. Los egipcios practicaban la higiene personal, conocían fórmulas farmacéuticas, construían depósitos de arcilla para las aguas de bebida y canales de desagüe para las aguas residuales. Los indostaníes fueron pioneros de la medicina ayurveda, de la cirugía estética y, de programas de salud pública que se basaban en conformar patrones de alimentación, de sexualidad, de descanso y de trabajo. Los griegos prestaban mucha atención a la limpieza personal, al ejercicio físico y a las dietas alimenticias. Los romanos se destacaron en la construcción de baños públicos y en la construcción de acueductos. Durante la Edad Media, el descuido de la higiene personal y del saneamiento público llegó hasta tal punto que junto con los movimientos migratorios bélicos y los bajos niveles socioeconómicos, produjeron las grandes epidemias de la humanidad (lepra, peste bubónica).

Recién en el siglo XIX aparecen las primeras leyes de salud pública en Inglaterra que contemplaban un conjunto de medidas para la sanidad, sobre todo en las ciudades industriales. Se buscaba reducir la mortalidad por algunas de las enfermedades infecciosas que azotaban a la población trabajadora. En Alemania también se empezó a vislumbrar que las enfermedades no provenían solamente de las “suciedades” sino también que se transmitían de personas enfermas a sanas por contagio de posibles microorganismos. Y nacieron los seguros médicos obligatorios (modelo “Bismarck”).

Ya en el siglo XX, la **salud pública** es definida como *“la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia*

*física mediante esfuerzos organizados de la comunidad*⁴. Es la “*actividad social y de gobierno multidisciplinaria con toda su naturaleza y con implicaciones de toda la sociedad*”⁵. De acuerdo a la OMS, la salud pública engloba “*todas las actividades relacionadas con la salud y la enfermedad, el estado sanitario y ecológico del ambiente de vida; la organización y el funcionamiento de los servicios de salud, planificación, gestión y educación*”.

I.c. Salud Pública en Argentina

En el actual territorio de la República Argentina existen 39 grupos de poblaciones indígenas, aborígenes u originarios⁶, cada uno con una cultura y una cosmovisión específica sobre lo que significan los conceptos de salud y enfermedad. La mayoría de ellos percibe que la salud tiene una estrecha relación con la tierra y el medio ambiente. La enfermedad es percibida como una ruptura del orden natural (como en la cultura clásica de la antigua Grecia) o social. Son las deidades o los espíritus los que causan el mal. Una persona se enferma porque ha transgredido alguna norma establecida por la sociedad o los dioses. La sanación está a cargo de un miembro de la comunidad, también denominado vulgarmente como brujo, chamán o hechicero, cuyos conocimientos provenían de la tradición oral. Su tarea consiste en restablecer el equilibrio y los rituales de curación están estrechamente ligados al mundo religioso. Para lograrlo, intercede entre las deidades y la tierra, entre el mundo de los muertos y el de los

⁴ Winslow C.E.A. “The Untilled Fields of Public Health”, Science 51:23:33, 1920

⁵ Terris, M. "Newer Perspectives on the Health of Canadians: Beyond the Lalonde Report," /. Pub. Health Policy 5 327-337. 1984

⁶ Fuente: Instituto Nacional de Asuntos Indígenas

vivos. El cuerpo y el espíritu son parte de un sistema integral y armónico, de manera que una disonancia en cualquiera de las partes cura la enfermedad. La mayoría de los pueblos diferencian la enfermedad del cuerpo y la enfermedad “espiritual”. Cada uno de estos tipos de enfermedad se trata de manera distinta. Sin embargo, se cree también que la esfera espiritual puede afectar a la del cuerpo, y viceversa.

Con la colonización hispana surge el origen institucional de lo que hoy llamamos salud pública. La institución encargada de la sanidad era el Real Tribunal del Protomedicato, creado en España en el siglo XV y que en el siglo XVI se extendió a las colonias americanas (virreinos). El Protomedicato del Río de la Plata era un cuerpo técnico encargado de vigilar el ejercicio de las profesiones sanitarias (médicos, cirujanos y farmacéuticos), así como de ejercer una función docente y atender a la formación de estos profesionales.

Hasta finales del siglo XIX y comienzos del XX, en la Argentina la salud pertenecía a la órbita de la responsabilidad individual, y cuando esto excedía las posibilidades de las personas, las carencias de recursos eran atendidas por entidades caritativas o por la asistencia pública. Las intervenciones del estado se limitaban a cuidar la higiene urbana, actuar en las epidemias, vigilar la sanidad de las fronteras y atender las situaciones de emergencia. En la nación la salud estaba a cargo del Departamento Nacional de Higiene, dependiente del Ministerio del Interior, y la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, en la órbita del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto.

En un principio, los hospitales funcionan como albergues (de acuerdo a una concepción caritativa – religiosa) destinados a la reclusión y aislamiento del enfermo, una especie de antesala de la muerte. Luego empiezan a transformarse en espacios de curación medicalizados. Pertenecían a diferentes jurisdicciones y poseían diversas naturalezas jurídicas, sin una regulación destacada ni un plan

de inversiones significativas por parte del Estado. Algunos eran públicos (administrados por la nación, la provincia o el municipio), otros por sociedades de beneficencia, también por mutuales pertenecientes a colectividades extranjeras, grupos confesionales, etc. Su construcción era pabellonada (varios edificios separados entre sí por jardines y calles, ubicados en un predio que podía abarcar un espacio equivalente a una o más manzanas). Los médicos concurrían en forma gratuita para desarrollar sus actividades académicas y asistenciales, ya que el consultorio privado les permitía vivir de sus honorarios profesionales.

A partir de la década del 40, el Estado nacional se hace cargo de la planificación y conducción de todos los asuntos referidos a la atención de las enfermedades de la población y a la protección de su salud. La salud se transforma en un servicio público. El rol hegemónico de la nación y su capacidad de inversión supera al de las autoridades sanitarias provinciales y municipales; y también las actividades asistenciales privadas y mutuales. Los planes sanitarios eran organizados de manera vertical para ser ejecutados por las provincias y municipios.

Se sancionaron las primeras leyes de sanidad pública⁷ y de construcción, habilitación y funcionamiento de servicios de salud, se expandió la cobertura sanitaria del subsector público y se nacionalizaron todos los establecimientos públicos (desplazando a las sociedades de beneficencia de su patrocinio). Se desarrolló una red de centros de atención ambulatoria y se llevó adelante una gran cantidad de programas para problemas sanitarios específicos (como el de lucha contra enfermedades endémicas). Las entidades mutuales que agrupaban a los trabajadores por rama de producción, conformaron las obras sociales sindicales, dando origen al subsector de la seguridad social.

⁷ Ley nacional N° 13012.

En 1943 se creó la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social⁸ en jurisdicción del Ministerio del Interior, integrando el Departamento Nacional de Higiene y la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales. En 1946 se creó la Secretaría de Salud Pública⁹ dependiente de la Presidencia de la nación. Finalmente en 1949 se creó el **Ministerio de Salud Pública** de la nación¹⁰. Paralelamente también funcionó la Fundación María Eva Duarte de Perón, que, a pesar de ser un ente no gubernamental, estaba íntimamente vinculada con el poder político y con la gestión del gobierno. Construyó hospitales, donó instrumental, concretó obras de salubridad y saneamiento, entre otras.

Como se observa en el **Anexo I**, a partir de 1949 empezaron a existir en los gabinetes de gobierno un área vinculada a la salud pública. Las sucesivas crisis económicas y golpes de estado que ocurrieron desde entonces, hicieron que muchas veces se pretendiera achicar el gasto público, pasando las dependencias vinculadas a la salud pública a la órbita de ministerios con competencia en asuntos sociales.

Los hospitales empezaron a brindar una asistencia médica más compleja de acuerdo a los adelantos diagnósticos y terapéuticos de la época. Arquitectónicamente, los pabellones aislados por jardines se unieron en una nave central. Adoptaron el diseño de un edificio vertical o un monobloque en peine. Los médicos y demás disciplinas vinculadas a la salud (enfermería, obstetricia) se transformaron en empleados del hospital y en funcionarios públicos.

Luego de la Revolución Libertadora de 1955, la nación decide achicar la

⁸ Decreto nacional N° 12311

⁹ Decreto nacional N° 14807

¹⁰ Ley nacional N° 13529

inmensa estructura sanitaria nacional y (a recomendación de la Organización Panamericana de la Salud) empieza a transferir la responsabilidad de los establecimientos sanitarios a las provincias. Pero esto se hizo en muchos casos sin el correspondiente soporte técnico y financiero, lo que provocó el rápido deterioro de los hospitales.

Se pretendía que los hospitales pertenecieran y fueran administrados por entidades no estatales, con una función subsidiaria del Estado en lo relativo a la adquisición de bienes y equipamiento. También que la administración de los nosocomios fuera técnica y que sus directores no fueran designados políticamente. Los hospitales deberían funcionar como empresas públicas productoras de servicios, cuya administración debía ser descentralizada, con el fin de evitar actitudes del personal propias de los empleados públicos. También se procuraba buscar fuentes alternativas de financiamiento -diferentes del presupuesto- que le permitieran recuperar los costos hospitalarios y facturar las prestaciones realizadas a las obras sociales.

Estas recomendaciones dieron lugar a la reforma del sistema hospitalario nacional, proponiéndose la autarquía administrativo-financiera de los nosocomios. En el año 1967 se crearon los “**Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad**” (SAMIC)¹¹ que preveían para los hospitales la figura de personería jurídica -sin la cual el establecimiento no goza realmente de capacidad decisoria para actuar de manera descentralizada-, la figura de estatuto propio, la conducción del establecimiento a cargo de un Directorio integrado por representantes de la comunidad y presidido por un Director, el desarrollo de diferentes fuentes de financiamiento y la participación de los profesionales en la distribución de los recursos.

¹¹ Ley nacional N° 17102.

Se estableció la obligatoriedad de los aportes de los empleados y de las contribuciones patronales para todos los trabajadores en relación de dependencia, se creó el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS)¹², y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados¹³, más conocido como PAMI - Programa de Asistencia Médica Integral -, con el fin de brindar atención médica, social y asistencial a los adultos mayores. A mediados de la década del 70, tres cuartas partes de la población tenía cobertura de la seguridad social. También aumentó la importancia del subsector privado (empresas de medicina prepaga).

Debido a la gran cantidad de actores y a la dispersión de los ámbitos decisorios, la nación impulsó algunas iniciativas destinadas a concentrar el poder de decisión en el Ministerio de Salud.

Una fue el **Sistema Nacional Integrado de Salud** (SNIS)¹⁴ creado en 1974, cuya idea era reunir bajo un único sistema a la totalidad de los establecimientos públicos administrados por las provincias, a las obras sociales y sus prestadores, con la intención de concentrar en el Estado nacional la conducción del conjunto de los actores del sistema. Fue derogada por el gobierno militar en 1978¹⁵.

Otra fue el **Sistema Nacional de Seguro de Salud** (SNSS)¹⁶, creado en 1988, que también pretendía realizar la unificación financiera del sistema, admitiendo en su interior una oferta pluralista de servicios de atención médica. Esta iniciativa, no obstante seguir vigente, no logró la concentración de poder de decisión en el Estado nacional, ya que la incorporación al seguro de salud no es

¹² Ley nacional N° 18610

¹³ Ley nacional N° 19032

¹⁴ Ley nacional N° 20748

¹⁵ Ley nacional N° 21902

¹⁶ Ley nacional N° 23661

obligatoria para el personal dependiente de los gobiernos provinciales y sus municipalidades, para los afiliados al PAMI, para los organismos que brinden cobertura asistencial al personal militar y civil de las fuerzas armadas y de seguridad, para el organismo que brinde cobertura asistencial al personal del Poder Legislativo de la nación, etc. Estos últimos pueden voluntariamente incorporarse al SNSS mediante la firma de convenios de adhesión.

En 1981 se creó el **Consejo Federal de Salud (COFESA)**¹⁷, como organismo de concertación entre el ministro de salud de la nación y las autoridades sanitarias y provinciales. Tiene como función contribuir al desarrollo de un sistema federal de Salud mediante la apreciación los problemas de salud comunes a todo el país (los de cada provincia y de cada región en particular), la determinación las causas de tales problemas, el análisis de las acciones desarrolladas, especificando una política sectorial y las recomendaciones de los cursos de acción aconsejables; compatibilizando la diagramación y ejecución de los programas sanitarios nacionales; entre otras. El Consejo está presidido por el ministro de salud de la nación y se reúne ordinariamente por lo menos 2 veces cada año (más las reuniones extraordinarias convocadas por el presidente o al menos 5 provincias). El COFESA expresa las conclusiones de cada reunión, mediante actas donde se resumen las recomendaciones o informes.

En la década de los 80, el nuevo paradigma en la cuestión sanitaria¹⁸ pretendía ampliar la salud pública hacia una atención médica accesible, oportuna, integrada e integral a la totalidad de la población, según las necesidades de cada caso. Pasar de una cultura hospitalocéntrica, medicalizada, basada en un modelo curativo, hacia la **estrategia de la atención primaria de la salud**, cuyos

¹⁷ Ley nacional N° 22373

¹⁸ Declaración de Alma Ata de 1978

postulados pretendían recuperar la prioridad de las acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, así como el primer nivel de atención en la planificación de los servicios de salud; la cobertura y accesibilidad a la totalidad de la población; la tecnología apropiada según las necesidades de la población; la utilización plena de todos los recursos humanos, incluyendo la figura del promotor de salud o agente sanitario; la integración de una red de servicios; la participación comunitaria en las decisiones estratégicas; la descentralización administrativa de la administración del sistema; entre otros puntos.

En la década del 90, luego de la crisis hiperinflacionaria del año 1989, se retrajo drásticamente la proporción de población argentina que contaba con cobertura de seguros de salud, pasando de 57,6% según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991 a 49,9% según la Encuesta de Desarrollo Social de 2001. Los precios de los medicamentos crecieron muy por encima de la inflación y se tornaron inaccesibles, principalmente para la población sin cobertura de salud.

Se retomó la política de transferir hospitales nacionales a las provincias y promover la autogestión hospitalaria. En el año 1993 se creó la figura del **“Hospital Público de Autogestión”** (HPA)¹⁹ para tratar de evitar que el sector público subsidiara a la seguridad social e impulsara a que los hospitales introdujeran herramientas de gestión y cambiaran su cultura operativa. Se creó el Registro Nacional de HPA que les permitió, entre otras cosas garantizar el pago de las obras sociales de las prestaciones que sus beneficiarios demanden a los HPA. La autogestión fue un proceso de transferencia de competencias en el manejo de los recursos a los hospitales, por medio del cual cambió la figura jurídica del mismo -ente descentralizado- y su estructura técnica y

¹⁹ Decreto nacional N° 578/1993

administrativa, a los fines de incrementar su capacidad de resolución sobre la población de su área programática. Fue una “gestión delegada” y no supuso – en ningún caso– la posibilidad de una “autofinanciación”.

En lo que respecta a la seguridad social, se aprobó la **Ley de Obras Sociales**²⁰, y se fusionaron la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS), para constituir la **Superintendencia de Servicios de Salud** (SSS), que es un ente descentralizado del Ministerio de Salud de la nación encargado de supervisar, fiscalizar y controlar a las obras sociales y a otros agentes del sistema (como las empresas de medicina prepaga).

En el año 1995 se definió una cartera de servicios obligatoria al que se denominó **Programa Médico Obligatorio** (PMO)²¹, que básicamente es un conjunto de prestaciones médico-asistenciales que resultan el mínimo de servicios que deben cumplir los agentes del Seguro Nacional de Salud. Es el umbral para determinar si el nivel de prestaciones brindadas por las obras sociales adheridas cumple el mínimo de la garantía legal. Desde su sanción, comenzaron a incorporarse, modificarse o eliminarse coberturas, sin que exista un proceso formal y explícito que regule la forma en que se deben eliminar, incorporar o modificar las coberturas (algunas veces se lo hizo por ley, otras por decreto y también por resoluciones del Ministerio de Salud de la nación).

En el año 2000, se creó el régimen de los **Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada** (HPGD)²², constituyéndose en entes públicos descentralizados y autárquicos, lo que les permitió actuar con la plena capacidad de las personas jurídicas, para adquirir derechos y contraer obligaciones,

²⁰ Ley nacional N° 23660

²¹ Decreto nacional N° 492/1995

²² Decreto nacional N° 939/2000

pudiendo actuar pública y privadamente. Mediante resoluciones ministeriales se establecieron los procedimientos para la presentación y cobro de las facturaciones a la seguridad social y se puso en vigencia el Nomenclador de Prestaciones de Salud mediante el cual se establecieron y actualizaron los aranceles modulares para los HPGD.

Al desatarse la grave crisis económica en la Argentina en 2002, se declara la **Emergencia Sanitaria**²³, cuya vigencia ha venido siendo prorrogada sucesivamente (la Ley nacional N° 27541 prorrogó la emergencia pública en materia económica, financiera, fiscal, administrativa, previsional, tarifaria, energética, sanitaria y social hasta el 31 de diciembre de 2020).

A partir de la emergencia, se excluyó del PMO²⁴ el 10% de las tecnologías que estaban cubiertas debido a la falta de evidencia sobre su efectividad y en 2/3 de ellos, la cobertura se limitó a condiciones clínicas específicas o grupos de pacientes (embarazadas, niños en edad escolar, mayores de 65 años y otros). El PMO de emergencia sigue vigente, aunque ha tenido sucesivas ampliatorias y modificatorias.

El país buscó financiamiento externo (Banco Mundial – BIRF y el BID) para llevar adelante **planes sanitarios**, que comenzaron a materializarse a partir del año 2003 (destinados a la provisión de medicamentos, como el Remediar, o a seguros materno infantiles, como el Plan Nacer). De esta manera, la disminución relativa de participación del Ministerio de Salud de la nación en el gasto público de salud – producto de la transferencia de establecimientos y responsabilidades hacia a las provincias- fue compensada con el aumento de su rol de rectoría y asistencia técnica para la ejecución de los programas sanitarios nacionales en las

²³ Decreto nacional N° 486/2002

²⁴ Resolución del Ministerio de la Salud de la nación N° 201/2002

distintas jurisdicciones.

En el año 2011 se estableció un marco normativo para las **empresas de medicina prepaga (EMP)**²⁵, creándose el Registro Nacional de EMP a fin de que soliciten su inscripción y autorización para poder funcionar. Este subsector se financia a partir del aporte voluntario de sus usuarios, que por lo general tienen medianos y altos ingresos y muchas veces también cuentan con cobertura de la seguridad social (“doble afiliación”). El 65% de los afiliados a una EMP vive en los grandes centros urbanos del país (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Área Metropolitana de Buenos Aires, Rosario, Santa Fe, Córdoba y Mendoza). Estas empresas son supervisadas, fiscalizadas y controladas por la Superintendencia de Servicios de Salud.

En el año 2018, el gobierno nacional redujo de 18 a 10 los ministerios que conformaban el gabinete nacional. El Ministerio de Salud pasó a ser una secretaría²⁶ y a depender de Desarrollo Social, que pasó a denominarse Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Sin embargo, en 2019 salud, volvió a ser un Ministerio nacional²⁷.

Finalmente, en marzo de 2020, la OMS, declaró el brote del nuevo coronavirus como una pandemia, luego de que el número de personas infectadas y fallecimientos por COVID-19 aumentara a nivel global. En virtud de ello, la Argentina declaró la emergencia pública en materia sanitaria²⁸, lo que implicó, en un principio, el “aislamiento social, preventivo y obligatorio²⁹” y

²⁵ Ley nacional N° 26682 y Decreto nacional N° 1993/11

²⁶ Decreto nacional N° 174/2018

²⁷ Decreto nacional N° 7/2019

²⁸ Ley nacional N° 27541, ampliada por Decreto nacional N° 260/2020

²⁹ Decreto nacional N° 297/2020

³⁰ Decreto nacional N° 1033/2020

posteriormente el “distanciamiento social, preventivo y obligatorio³⁰”, las cuales han sido prorrogadas hasta el 31 de diciembre de 2021.

I.d. Salud Pública en Misiones

El actual territorio de la provincia de Misiones se fue configurando en el tiempo, a partir de diversas enajenaciones territoriales y definiciones de límites con los países y provincias vecinas. Fue asentamiento de guaraníes (hasta el 1609), sede de misiones jesuíticas (desde 1609 hasta 1768), parte del Virreinato del Río de la Plata (1768 a 1810), integrante de la Provincias Unidas del Río de la Plata (1810 a 1832), ocupada por la República del Paraguay (1832 a 1865), parte de la provincia de Corrientes (1865 a 1881), Territorio Nacional (1881 a 1953) y provincia autónoma de la República Argentina (desde 1953).

Los guaraníes practicaban una medicina de base chamánica, donde la cura radicaba en la mediación que hacía el sanador (*Ava Paje*) entre el enfermo y las entidades sagradas. El Ava Paje era una persona que vivía retirada en compañía de un niño (*Paje Miri*) a quien le transmitía sus conocimientos para que lo sucediera en el cargo. Consideraban la enfermedad como una venganza de los espíritus maléficos. Conocían las propiedades terapéuticas de los vegetales, raíces, hojas, cortezas, bulbos y frutos. El manuscrito más conocido sobre medicina guaraní pertenece al jesuita protomédico Pedro de Montenegro (1663-1728) que vivió un tiempo entre los indios guaraníes y realizó un importante estudio sobre las plantas y su acción terapéutica³¹.

³¹ Ramírez de Rojas, M.E. “Las enfermedades y la terapéutica de los Guaraníes en tiempo de los Jesuitas”. Ministro de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay. Fascículo 12. 2017. Disponible en <https://www.mspps.gov.py>

En la última parte del siglo XIX, los primeros servicios de salud arribaron con los ejércitos brasileños durante la guerra de la Triple Alianza (1864-1870). Luego, al constituirse el Territorio Nacional de Misiones (1881), la salud estuvo a cargo de una Delegación Sanitaria. También prestaban servicios de salud las colectividades de inmigrantes que comenzaron a poblar la provincia, como por ejemplo la Sociedad Española de Socorros Mutuos (creada en 1902), la Sociedad Italiana de Socorros Mutuos, la Sociedad Libanense, la Sociedad Paraguaya de Ayuda Mutua y la Sociedad Cosmopolita³².

En la década del 40 se crean en la ciudad de Posadas los **primeros centros médicos privados**, como los Sanatorios Nosiglia, Posadas, Mayo, Asunción y Misiones. Hacia 1950 ya había 45 médicos en la capital de la provincia.

En 1948 se constituyó el **Círculo Médico de Misiones**, que agrupaba a todos los profesionales de la provincia. Su principal objetivo era atender, vigilar y defender los derechos de orden gremial, tanto en el ámbito hospitalario, como el privado. En el nivel hospitalario, promoviendo la carrera hospitalaria, con la intención de evitar la digitación en los cargos sanitarios. En el nivel privado, organizando el sistema de cobro a las distintas obras sociales, y tratando de captar la mayor cantidad de las mismas. Luego, este Círculo Médico se dividió en tres zonas (Norte, Centro y Sur), cuya conformación subsiste a la fecha³³.

En 1953 Misiones dejó de ser Territorio nacional y en 1955 asumió el primer gobierno elegido democráticamente (el gobernador y vicegobernador electos eran médicos³⁴). En 1956 la sanidad quedó a cargo de la **Dirección General de Salud Pública y Asistencia Social**³⁵ dependiente del Ministerio de Asuntos

³² Fernández Ramos, R. “Misiones a través del primer cincuentenario de su federalización”. Posadas. 1963

³³ <http://circulomedicosur.com.ar/web/historia>

³⁴ Claudio Arrechea y Francisco Manuel Julián de Haro

³⁵ Decreto Ley provincial N° 1719/1956

Sociales. Y en 1957 se crearon los Colegios de Médicos, Bioquímicos, Químicos; Farmacéuticos y Odontólogos³⁶, que funcionarían con el carácter, derechos y obligaciones de las personas jurídicas. En ese mismo año también se creó el Instituto de Previsión Social de la Provincia de Misiones³⁷ como un ente descentralizado y autárquico dependiente del Ministerio de Hacienda, Finanzas, Obras y Servicios Públicos de Misiones.

En 1968 se creó el **Servicio Provincial de Salud**³⁸, con el objetivo de promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud física, mental y social de la población. El servicio estaba a cargo de un Director General, y cinco direcciones: Atención Médica, Protección, Planificación, Promoción y Administración. Se delimitaron 3 divisiones funcionales, administrativas y técnicas en todo el territorio provincial, que se denominaron **Zonas de Salud**³⁹. Esta delimitación territorial se mantuvo hasta el año 2008 (aunque con algunas modificaciones⁴⁰), en el que se aprobaron las actuales 6 Zonas de Salud y 19 Áreas Programáticas⁴¹ en la cual funcionan los hospitales y los Centros de Atención Primaria de la Salud (**ver Anexo II**).

Las direcciones de zonas y las jefaturas de áreas programáticas están a cargo de funcionarios políticos designados por decreto del gobernador. Los directores de zonas y jefes de áreas dependen jerárquicamente de la Subsecretaría de Salud. Los recursos de las zonas sanitarias están contemplados en el presupuesto del Ministerio de Salud Pública y están conformados por partidas específicas provenientes de rentas generales.

³⁶ Ley XVII N° 1- Antes Decreto Ley 169/1957

³⁷ Decreto-Ley provincial N° 191/1957

³⁸ Decreto provincial N° 1399/1968

³⁹ Decreto provincial N° 522/1969

⁴⁰ Decreto provincial N° 2055/1996 y 1535/1997

⁴¹ Decreto provincial N° 97/2008

En 1961 se creó la **Subsecretaría de Salud, Educación, Previsión Social y Turismo** dependiente del Ministerio de Acción Social, Salud Pública y Educación⁴². Y en el año 1981 la cartera sanitaria adquirió el rango de **Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente (ver Anexo I)**. Dicha cartera sanitaria fue agrandando paulatinamente su estructura administrativa. A la Subsecretaría de Salud que poseía el Ministerio se le agregaron:

- 1996: **Subsecretaría de Gestión Administrativa y Financiera**⁴³
- 1996: **Subsecretaría de Prevención Drogadicción y Apoyo Lucha contra el Narcotráfico**, posteriormente denominada **Subsecretaría de Prevención de Adicciones y Control de Drogas**⁴⁴. Esta dependencia posteriormente adquirió rango de Ministerio⁴⁵, subsistiendo en su lugar lo que ahora se denomina **Subsecretaría de Apoyo y Logística**⁴⁶ del Ministerio de Salud Pública.
- 1999: **Subsecretaría de Medicina Tropical**⁴⁷, posteriormente denominada **Subsecretaría de Atención Primaria y Salud Ambiental**⁴⁸.
- 2008: **Subsecretaría de Recursos Humanos y Planificación**⁴⁹.
- 2013: **Subsecretaría de la Atención Integral Comunitaria de la Niñez, Adolescencia y Familia**⁵⁰, que posteriormente pasó a ser una subsecretaría del Ministerio de Prevención de Adicciones y Control de Drogas.

⁴² Decreto provincial N° 1541/1961

⁴³ Creada por Decreto provincial N° 32/96 y modificada por los decretos provinciales N° 212/1995, 1535/1997, 1437/1999 y 1239/2012

⁴⁴ Creada por Decreto provincial N° 32/96 y modificada por los decretos provinciales N° 255/2000, 1535/1997, 1679/2004 y 1020/2009

⁴⁵ Decreto provincial N° 96/2019

⁴⁶ Decreto provincial N° 42/2019

⁴⁷ Creada por decreto provincial N° 961/99

⁴⁸ Modificada por los decretos provinciales N° 236/1999 y 230/2000

⁴⁹ Decreto provincial N° 333/2008

⁵⁰ Decreto provincial N 1621/2013

- 2022: Subsecretaría de Articulación Interministerial e Integración de Sistemas⁵¹.

En el **Anexo V** se grafica el organigrama actual del Ministerio de Salud Pública.

El primer hospital público de la provincia fue inaugurado en 1924 en la ciudad de Posadas, al que se denominó **Hospital Regional Común de Posadas**. Previo a su fundación, funcionaba un hospital de caridad creado por la Sociedad de Beneficencia y dirigido desde el año 1909 por las Siervas del Espíritu Santo. En el año 1953 dicho establecimiento adoptó el nombre de “Hospital Central Domingo Perón”, y en 1955 tomó el nombre definitivo de “Doctor Ramón Madariaga”, en homenaje a un médico español de trayecto y prestigio en la provincia por sus atenciones a la gente más humilde, nacido en España en 1855 y fallecido en Posadas por el año 1911.

En las colonias y pueblos del interior de la provincia, fueron llegando los primeros médicos, muchos de los cuales eran inmigrantes. Se fundaron salas de primeros auxilios, maternidades, dispensarios y hospitales rurales. Merece destacarse el Hospital de Puerto Iguazú, que comenzó a funcionar en 1947, cuando la provincia de Misiones recibió en forma de donación el edificio de Parque Nacional, diseñado por el arquitecto Alejandro Bustillo. Lleva el nombre de la Dra. Marta Teodora Schwarz, en honor a su trayectoria.

Entre 1946 y 1955 la nación realizó importantes inversiones para la nacionalización, construcción y/o remodelación de establecimientos en Cerro Azul, Campo Viera, Cerro Corá (1946), Apóstoles (1949), Concepción de la Sierra, Bonpland y Montecarlo (1951). Para el año 1953, Misiones ya contaba

⁵¹ Decreto provincial N° 330/2022

con 59 nosocomios con 722 camas⁵². La transferencia de establecimientos asistenciales nacionales a la provincia tuvo lugar en el año 1967⁵³. Luego de iniciada esta política de descentralización, Misiones aumentó la inversión en la infraestructura sanitaria a lo largo de todo el territorio (**ver Anexo III**).

En 1969 se facultó al Ministro de Bienestar Social y Educación a constituir los **Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad** (SAMIC). Se constituyeron como tales los Hospitales de Puerto Iguazú, Leandro N. Alem, Eldorado y Oberá⁵⁴.

Como consecuencia de la crisis económica de los años 90, que afectó gravemente la cobertura de la seguridad social, el acceso a medicamentos y el gasto público en salud, el Ministerio de Salud de la provincia invitó a los intendentes y concejos deliberantes de los municipios a constituir Consejos Municipales de Salud⁵⁵, con el fin de analizar la problemática de salud en jurisdicción de cada localidad y orientar los recursos comunales y provinciales al logro de una mejor atención sanitaria. Dos años más tarde, se instituyó un Fondo Sanitario Municipal (FOSAMU)⁵⁶ en el ámbito del Ministerio, con destino a otorgar una ayuda económica a personas carentes de recursos para la adquisición de medicamentos necesarios para su atención sanitaria. Este fondo fue implementado, en una primera etapa, para aquellas localidades con menor cantidad de habitantes o que no contaban con grandes establecimientos

⁵² Alzugaray, R. “Ramon Carrillo, el fundador del sanitarismo nacional”. 2 tomos. Centro Editor de América Latina (CEAL) Biblioteca Política Argentina. Buenos Aires. 1988

⁵³ Decreto Ley provincial N° 370/1967 que aprueba el convenio entre la Secretaría de Estado de Salud Pública de la nación y la provincia (Ley nacional N° 17022)

⁵⁴ Ley provincial N° 394

⁵⁵ Resolución del Ministerio de Salud Pública de la provincia N° 1829/1990

⁵⁶ Decreto provincial N° 1400/1992

sanitarios públicos provinciales, como los hospitales SAMIC (se excluyó de los aportes del FOSAMU a los municipios de Posadas, Oberá, Eldorado, Iguazú y Leandro N. Alem). Aunque luego, en una etapa posterior, se incorporaron a todas las comunas como beneficiarias de los aportes del Fondo⁵⁷.

También repercutieron en la provincia las políticas de autogestión hospitalaria impulsadas en el orden nacional. En el año 1992 se autorizó al poder ejecutivo a instrumentar el **arancelamiento hospitalario**⁵⁸, cuando las prestaciones se realizaran a pacientes de obras sociales, mutuales, sistemas de medicina prepaga, compañías de seguros o terceros obligados a resarcir. Posteriormente, en el año 1994 se transformaron los Hospitales SAMIC en **Hospitales Públicos de Autogestión**⁵⁹, sumando a este último régimen a los nosocomios de Apóstoles, Bernardo de Irigoyen, Jardín América, Madariaga de Posadas, Pediátrico de Posadas y San Vicente.

Sin embargo, el régimen de HPAG no promovió cambios sustantivos en la administración de los hospitales provinciales, los cuales únicamente llevaron adelante el recupero de costos hospitalarios a través de arancelamiento. Y esto último tampoco fue satisfactorio, ya que la mayoría de las entidades obligadas a pagar los servicios prestados a los HPAG también estaban sujetas a problemas financieros. No mejoró la calidad de atención ni implicó la apertura a la participación comunitaria.

Por ello, en el año 1996⁶⁰ se suspendió en Misiones la descentralización de los

⁵⁷ Decretos provinciales N° 88/1993 y 2772/93, que incorporan a Eldorado, Iguazú, Leandro N. Alem y Oberá y Posadas al FOSAMU

⁵⁸ Ley provincial XVII – N° 17 -Antes Ley N° 2925

⁵⁹ Ley provincial XVII N° 19 -Antes Ley N° 3094

⁶⁰ Ley provincial VII – N° 27 -Antes Ley N° 3379

HPAG hasta tanto se sancione una nueva ley que normatice el funcionamiento de los mismos. Y se estableció que, mientras dure dicha suspensión, los gastos que demanden el funcionamiento de estos establecimientos serán atendidos por el Ministerio de Salud Pública con las partidas específicas de su presupuesto (situación que se mantiene hasta la fecha). A tal efecto, se creó en cada HPAG un fondo permanente integrado con los ingresos que perciba el hospital por el cobro de las prestaciones que brinde de conformidad a las normas de la Ley de arancelamiento hospitalario.

Además de los establecimientos con internación, a partir del año 2003 se comenzó fortalecer el primer nivel de atención mediante la construcción / refacción / remodelación de **centros de atención primaria de la salud** (CAPS) a lo largo de todo el territorio provincial. En el año 2005 se incorpora al equipo de salud del primer nivel de atención la figura del “promotor de salud” cuya principal actividad consiste en relevar el estado sanitario de la población, difundir actividades de promoción, prevención y protección de la salud, educar en la prevención de enfermedades, entre otras. Los promotores son financiados mediante becas, y aquellos que poseen título secundario o tecnicatura superior en atención primaria y una antigüedad mínima como becario del programa provincial de formación, pueden ser contratados con relación de dependencia e ingresar a la carrera sanitaria como “Agente Sanitario⁶¹”.

Actualmente existen más de 350 centros de atención primaria de la salud de dominio del Estado provincial, que dependen jerárquicamente de las jefaturas de áreas programáticas, están a cargo de personal de planta permanente de la administración pública y que son designados por resolución del Ministro de

⁶¹ Ley provincial XVII N° 82

Salud. Sus gastos también son atendidos por las partidas específicas asignadas al Ministerio.

En el año 2007 se sancionó la **Ley que instituyó el Sistema Provincial de Salud**⁶², transformándose Misiones en una de las pocas jurisdicciones en poseer una norma de alcance general, dentro de la cual se estipula la definición del término salud, los alcances del derecho a la salud, los principios de la política sanitaria, los deberes del Ministerio de Salud Pública y los ejes prioritarios, los derechos y obligaciones de los habitantes, la creación del Consejo Provincial de Salud, la organización del sistema sanitario provincial (modelo de gestión, de atención, de financiamiento y de calidad), entre otros puntos.

Para el año 2010 se creó el “**Parque de la Salud Dr. Ramón Madariaga**”⁶³ de la provincia de Misiones, que es un ente público y descentralizado, con autonomía financiera, que depende funcionalmente del Ministerio de Salud Pública. Uno de los objetivos asignados a dicho ente es el de administrar, dirigir, explotar y/o asesorar instituciones hospitalarias y/o sanitarias oficiales provinciales o municipales; coordinando las acciones y políticas hospitalarias implementadas por el poder ejecutivo provincial.

Finalmente, en lo que respecta al brote de pandemia de coronavirus que motivó la declaración de emergencia pública en materia sanitaria, también tuvo su correlato provincial. A nivel local se declaró la emergencia epidemiológica y sanitaria provincial por dengue y coronavirus⁶⁴, la cual ha venido siendo modificada y prorrogada hasta la fecha⁶⁵.

⁶² Ley provincial XVII N° 58 -Antes Ley N° 4388

⁶³ Ley provincial XVII N° 70

⁶⁴ Decreto provincial N° 330/2020

⁶⁵ Decreto provincial 2671/2021

I.e. Regulación legal del derecho a la salud

El derecho a la salud es una especie del género de los derechos sociales (derechos humanos de segunda generación). Supone dos enfoques:

- 1) La salud como un derecho subjetivo extrapatrimonial (carente de contenido económico), que acompaña a la persona desde el momento inicial de su existencia -desde la concepción- y hasta el momento en que se constata su fallecimiento. Además de ser congénito y vitalicio, se trata de un derecho necesario o, más precisamente, esencial, ya que su desconocimiento implicaría la negación misma de la personalidad. Es imprescriptible, ya que su vigencia no se ve afectada por el transcurso del tiempo, e inalienable por estar fuera del tráfico comercial. Su titular puede oponerlo erga omnes, frente a cualquier persona que amenace o impida efectivamente su libre desenvolvimiento.
- 2) La salud como un bien jurídicamente protegido por el Estado.

La Constitución nacional sancionada en 1853 no menciona el término “salud” en su redacción. Pero si la contempla en varios lugares, Como, por ejemplo, en el Preámbulo habla de *“promover el bienestar general... para nosotros, para nuestra posteridad, y para todos los hombres del mundo que quieran habitar en el suelo argentino”*. También el Artículo 33º cuando dice que *“Las declaraciones, derechos y garantías que enumera la Constitución no serán entendidos como negación de otros derechos y garantías no enumerados; pero que nacen del principio de la soberanía del pueblo y de la forma republicana de gobierno”*. Por eso, se interpreta que **la salud como un derecho individual de los habitantes, implícito, no enumerado**, que deriva del derecho personalísimo de la vida, mediante el cual el Estado asume un deber de

abstención consistente en no violar ni dañar la salud de los habitantes.

Al ser la Argentina un Estado federal, las provincias conservan su soberanía en todo lo relativo a los poderes no delegados a la Nación. Por ende, originariamente las jurisdicciones tienen poder de policía para sancionar y reglamentar leyes sobre salud.

En 1957, durante la dictadura militar autodenominada Revolución Libertadora, se reformó la Constitución nacional, derogando las reformas realizadas por el gobierno de Juan Domingo Perón en 1949, pero incorporando un artículo nuevo referido a los derechos del trabajo: El famoso artículo 14 bis, que expone: *“El Estado otorgará los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable. En especial, la ley establecerá: el seguro social obligatorio...; la protección integral de la familia; ... el acceso a una vivienda digna”*. Esta es una clara manifestación de **la salud como un derecho social**, típica visión del Estado de Bienestar característica de mediados del siglo XX.

Finalmente, en el año 1994 se produce la última reforma constitucional, donde se contempla expresamente el término salud en el Artículo 41 que establece: *“Todos los habitantes gozan del derecho a un ambiente sano, equilibrado, apto para el desarrollo humano y para que las actividades productivas satisfagan las necesidades presentes sin comprometer las de las generaciones futuras; y tienen el deber de preservarlo... Corresponde a la Nación dictar las normas que contengan los presupuestos mínimos de protección, y a las provincias, las necesarias para complementirlas, sin que aquéllas alteren las jurisdicciones locales...”* También el Artículo 42 que establece que *“Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información*

*adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno...”. Y el Artículo 43 que habilita la interposición de la acción de amparo “contra cualquier forma de discriminación y en lo relativo a los derechos que protegen al ambiente, a la competencia, al usuario y al consumidor, así como a los derechos de incidencia colectiva en general, el afectado, el defensor del pueblo y las asociaciones que propendan a esos fines...”. Es decir, se contempla a la **salud como un derecho a un ambiente sano, como un derecho del consumidor, como un derecho individual pero también de incidencia colectiva**. Pero esto no es todo.*

En el capítulo cuarto, el artículo 75 establece las atribuciones del Congreso, disponiendo que le corresponde: “...19. *Proveer lo conducente al desarrollo humano... Proveer al crecimiento armónico de la Nación y al poblamiento de su territorio; promover políticas diferenciadas que tiendan a equilibrar el desigual desarrollo relativo de provincias y regiones. ... 22. Aprobar o desechar tratados concluidos con las demás naciones y con las organizaciones internacionales y los concordatos con la Santa Sede. Los tratados y concordatos tienen jerarquía superior a las leyes... 23. 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, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad. Dictar un régimen de seguridad social especial e integral en protección del niño 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”.*

De esta manera, otorga jerarquía constitucional a una serie de tratados

internacionales de derechos humanos que regulan expresamente el derecho a la salud. Como, por ejemplo, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de 1948, la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, el Pacto de San José de Costa Rica sobre Convención Americana sobre Derechos Humanos de 1969, la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, etc.

Por lo tanto, podemos decir que en nuestro país **el derecho a la salud es pasible del más alto grado de protección a nivel constitucional**. Dicho derecho está íntimamente relacionado con el derecho a la vida, siendo este el primer derecho de la persona humana que resulta reconocido y garantizado por la Constitución nacional; el hombre es el eje y centro de todo el sistema jurídico y, en tanto fin en sí mismo -más allá de su naturaleza trascendente- su persona es inviolable y constituye un valor fundamental, con respecto al cual los restantes valores tienen siempre carácter instrumental⁶⁶.

La última reforma constitucional ha afianzado la interpretación que **la facultad de legislar sobre salud es una competencia concurrente de las provincias y de la nación**. Esto no implica enervar los ámbitos de actuación de ninguna órbita del gobierno, sino que importa la interrelación, cooperación y funcionalidad en una materia común de incumbencia compartida, como es el caso de la salud pública, sin perjuicio del poder de policía de salubridad que, en primer término, está en cabeza de las provincias. Es un deber impostergable del Estado nacional el de garantizar ese derecho con acciones positivas, sin perjuicio de las obligaciones que deban asumir en su cumplimiento las jurisdicciones locales, las obras sociales o las entidades de la llamada medicina prepaga.

⁶⁶ Corte Suprema de Justicia de la Nación. Fallos: 329:4918. Disponible en <https://www.csjn.gov.ar>

En **Misiones**, la Constitución provincial (sancionada en el año 1958) establece que los habitantes de la provincia gozan de todos los derechos y garantías reconocidos en la Constitución nacional, con arreglo a las leyes que reglamenten su ejercicio (Artículo 7). Dentro del Título Tercero “Derechos Sociales”, regula el derecho a la salud en los siguientes términos: *“La Provincia garantizará la atención de la salud de la población, a cuyo fin la legislatura dictará la ley sanitaria correspondiente que asegure la asistencia médica integral, preventiva y asistencial. A los efectos de cumplir más acabadamente estas obligaciones, el Gobierno podrá por medio de convenios, comprometer su colaboración con la Nación, con otras provincias, asociaciones profesionales, entidades mutuales y cooperativas. La actividad de los profesionales del arte de curar debe considerarse como función social y regirse por leyes y disposiciones especiales que se dicten al respecto”*. (Artículo 39).

En el año 2007 se sancionó en Misiones la ley sanitaria mencionada en el precepto constitucional que instituyó el Sistema Provincial de Salud. Es una norma de alcance general, dentro de la cual se define el término salud y los alcances del derecho a la salud, los principios de la política sanitaria, los deberes del Ministerio de Salud Pública, los ejes prioritarios de la salud pública, los derechos y obligaciones de los habitantes, la organización del sistema sanitario provincial, el funcionamiento de los subsectores estatal y privado, entre otros aspectos. El Ministerio de Salud Pública es la autoridad de aplicación de la Ley.

La citada norma define a la salud siguiendo los lineamientos de la OMS: *“estado de bienestar físico, mental y social íntegro, y no únicamente la ausencia de enfermedad”*, consagrándolo como *“un derecho humano fundamental”*. Considera la salud de la población como un bien de interés público, tutelado por el Estado provincial.

I.f. Dimensiones análisis de salud

Cuando se analiza la salud de una determinada población, se pueden tener en cuenta tres dimensiones:

- 1) Situación de salud de la población: consecuencia de un conjunto de factores combinados, tales como las conductas y estilos de vida, el ambiente, la genética y, por último, el sistema de salud.
- 2) Políticas de salud: qué rol desempeña el Estado en salud.
- 3) Sistema de salud: incluye todas las funciones que el Estado y la sociedad desempeñan en salud.

I.g. Definición y función del sistema sanitario

La OMS define el sistema sanitario como *“un conjunto complejo de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud en los hogares, los lugares de trabajo, los lugares públicos y las comunidades, así como en el medio ambiente físico y psicosocial, y en el sector de la salud y otros sectores afines.”*

Así, la función principal de un sistema sanitario es asegurar el derecho a la salud de la población, procurando que no enferme y que cuando lo haga, el paciente sea correctamente diagnosticado y tratado. Pero, además, sobre la salud de las personas influyen la educación, la vivienda, la alimentación y el empleo, entre otros; por lo tanto, actuar sobre ellos ayudará a mejorar las condiciones de salud de ese país.

I.h. Actores dentro de un sistema de salud

La cantidad y variedad de actores y roles que asumen determinan la complejidad de los sistemas

1. Población
 - a) Usuarios del sistema
 - b) Contribuyentes de su financiación
2. Prestadores
 - a) Personas humanas que conforman el recurso humano que se desempeña en la función sanitaria
 - b) Personas jurídicas (instituciones) que brindan servicios sanitarios
3. Intermediarios
 - a) Financiadores: entes que pagan o financian a los prestadores de salud (obras sociales, mutuales, aseguradoras, empresas de medicina privada)
 - b) Reguladores: entes que son los que establecen límites y pautas a la prestación de servicios y la remuneración por los mismos (Estado nacional, provincial o municipal o sus entes descentralizados)

La población de un sistema de salud, a su vez, se puede clasificar en:

- Población asistida: Es aquella que posee una necesidad y demanda una respuesta al sistema
- Población vulnerable: Es aquella que, por razones inherentes a su identidad, condición u otros factores, se ven privados del pleno goce y ejercicio del derecho a la salud.
- Población objeto: Es aquella seleccionada para la realización de proyecto de investigación o para la ejecución de un programa sanitario, elegida de acuerdo a criterios de justicia individual y social (es decir, equidad en la distribución de los beneficios y las cargas o riesgos que presupone la investigación o el programa).

I.i. Aspectos de un sistema de salud

En todo sistema de salud se articulan tres aspectos

- Político: se refiere al modelo de gestión. Se definen las prioridades del sistema sanitario
- Técnico: se refiere al modelo de atención: Se definen las prestaciones médicas sanitarias que se van a garantizar a la población
- Económico: se refiere al modelo de financiación: Se establecen los recursos que se destinarán al sistema sanitario

I.j. Clasificación de los sistemas sanitarios

Teniendo en cuenta el modelo de financiación, los sistemas sanitarios se clasifican en:

- Modelo liberal: El sistema sanitario es financiado por los particulares (privado)
- Modelo socialista: El sistema sanitario es financiado por el Estado
- Modelo mixto: El sistema sanitario es financiado por aseguradores (obras sociales). Este, a su vez puede ser mutualista (modelo Bismarck) o de seguro público de salud (modelo Beveridge)

Cualquier sistema de clasificación de un sistema sanitario es artificial, ya que simplifica la realidad, por lo que debe ser tomado como un instrumento auxiliar para entender dicha realidad y su evolución. No existen sistemas puros, y los sistemas sanitarios de los diferentes países presentan combinaciones de los diferentes modelos.

Las peculiaridades de los servicios, los valores predominantes y la evolución

histórica definen las características del sistema de salud en cada país.

I.k. Sistema sanitario nacional

El sistema de salud de Argentina está compuesto por tres sectores: el público, el de la seguridad social y el privado⁶⁷. El sector público está regulado por el Ministerio de Salud de la Nación. Sus prestadores son los hospitales y demás establecimientos de dependencia nacional que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, fundamentalmente a personas sin seguridad social y sin capacidad de pago. Este sector se financia con recursos fiscales y recibe pagos ocasionales del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados.

El sector de la seguridad social está organizado en torno a las Obras Sociales (OS), que aseguran y prestan servicios a los trabajadores y sus familias. Está regulado por la Superintendencia de Servicios de Salud, que es un ente público descentralizado del Ministerio de Salud de la Nación. Además, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados brinda cobertura a los jubilados del sistema nacional de previsión y sus familias. La mayoría de las OS operan a través de contratos con prestadores privados y se financian con contribuciones de los trabajadores y los patrones.

El sector privado está conformado por profesionales de la salud y

⁶⁷ Algunos autores como Agustina Briner y Carolina Aloia consideran a la seguridad social como el componente no estatal del sector público, en tanto reciben recursos que surgen de aportes y contribuciones de carácter obligatorios para empleadores y trabajadores.

establecimientos que atienden a demandantes individuales, y a los beneficiarios de las OS y de los seguros privados. Este sector también incluye entidades de seguro voluntario llamadas empresas de medicina prepaga⁶⁸ que se financian con primas que pagan las familias o las empresas y con recursos derivados de contratos con las OS. Los servicios que ofrecen se prestan en consultorios e instalaciones privadas.

Al ser la Argentina un Estado federal, además del sistema sanitario nacional, cada provincia organiza y regula su propio sistema sanitario. No obstante ello, las atribuciones y responsabilidades propias de la nación son las siguientes:

- Sanidad de fronteras y la vinculación con organismos internacionales (como la OPS, OMS, UNICEF).
- Las funciones relativas al control de medicamentos y tecnología médica, así como –de modo principal- la formación de los RRHH y la de investigación.
- Las políticas de equidad y provisión de recursos compensatorios para atender la disímil situación de disponibilidad de medios que tienen las provincias.
- Función de rectoría del conjunto del sistema de salud del país (COFESA).
- Poder de policía nacional: Cuando está en juego el interés general, o comprometido el bienestar general.

⁶⁸ Ley nacional N° 26682

I.I. Legislación sanitaria

La legislación sanitaria en la Argentina está integrada por un ramillete de normas jurídicas (leyes, decretos, resoluciones, otras) expedidas por el Congreso nacional o las legislaturas provinciales -y otros organismos-, de acuerdo a sus respectivas competencias constitucionales. La Corte Suprema de Justicia de la Nación ha reiterado en numerosos fallos que la facultad para legislar en materia sanitaria en la Argentina es una competencia concurrente de nación y provincias. La salud pública es una incumbencia compartida, sin perjuicio del poder de policía de salubridad que, en primer término, está en cabeza de las provincias⁶⁹.

Existen, por lo tanto, leyes nacionales de orden público (como la ley de discapacidad⁷⁰ o la de vacunación⁷¹) que son de aplicación obligatoria en todo el territorio, leyes nacionales que invitan a la adhesión de las distintas jurisdicciones (como la de enfermedad de Chagas⁷² o la de enfermedades poco frecuentes⁷³) y leyes provinciales que pueden versar sobre asuntos no contemplados a nivel nacional o con contenidos tuitivos más amplios.

Asimismo, las normas deben respetar la estructura piramidal de nuestro ordenamiento jurídico, encabezada por la Constitución nacional y los Tratados internacionales con jerarquía constitucional (art. 75, inc. 22 C.N.), las leyes nacionales, las Constituciones provinciales, las leyes provinciales (normas generales), los decretos, resoluciones, disposiciones, sentencias, contratos y

⁶⁹ Corte Suprema de Justicia de la Nación. Fallos: 329:4918. Disponible en <https://www.csjn.gov.ar>

⁷⁰ Ley nacional N° 22431

⁷¹ Ley nacional N° 27492

⁷² Ley nacional N° 26281

⁷³ Ley nacional N° 26689

demás normas individuales.

Se ha pretendido sistematizar esta legislación de manera temática reconociendo diferentes categorías como, por ejemplo, salud pública, profesiones y recursos humanos, medicamentos, drogas y farmacia, obras sociales, etc. A su vez, dentro de la categoría de salud pública se podrían distinguir subcategorías como discapacidad, enfermedades, instituciones de salud, salud infantil y de la mujer, asistencia médica, salud sexual y reproductiva, trasplantes, salud mental, etc.

A nivel nacional, existe un Digesto Jurídico Argentino⁷⁴, que contiene todas leyes nacionales de carácter general vigentes, ordenadas por categorías. Pero la legislación sanitaria no es una categoría en dicho digesto, sino que las leyes de salud fueron adjudicadas a las categorías “Administrativo”, “Civil”, “Laboral”, “Internacional Público” y “Seguridad Social”.

A nivel provincial, Misiones dispone también de un Digesto Jurídico⁷⁵ que, a diferencia del nacional, posee una categoría o rama denominada “Salud” (identificada con el número romano XVII) dentro de la cual se agrupa gran parte de la legislación sanitaria⁷⁶. A la fecha, en dicha rama se han consolidado más de 150 leyes provinciales, de las cuales el 25% son adhesiones a leyes nacionales.

I.m. Situación de la Provincia de Misiones en el contexto nacional

Misiones se encuentra ubicada en el extremo noreste de la República Argentina, casi la totalidad de sus límites son ríos y posee 1.267 km de frontera

⁷⁴ Ley nacional N° 26.939

⁷⁵ Ley provincial VIN° 57

⁷⁶ No obstante ello, también hay leyes de salud en las ramas “Administrativo”, “Constitucional”, “Seguridad Social”, entre otras.

internacional que representan más del 80% de sus límites. Su territorio ocupa una superficie de 29.801 km², que a título comparativo es similar al de Bélgica. Es la segunda provincia más pequeña después de Tucumán, representando tan sólo un 0,8% del total del país. Su densidad poblacional es de 42 habitantes por km². En la organización territorial, la provincia se encuentra dividida en 77 municipios agrupados en 17 departamentos.

La población es de 1.247.362 habitantes, de los cuales 50.1% son mujeres y el 49,9% son hombres. La esperanza de vida en varones es de 72 años y en mujeres es de 79, según los datos del censo 2010⁷⁷.

Existen 10.218 habitantes pertenecientes población originaria (mbya guaraní) distribuidos 118 aldeas en Misiones⁷⁸.

El 61,18% de la población es económicamente activa, es decir que tiene entre 15 y 64 años, el 32,5% son menores de 15 años y el 6,3 son mayores de 65.

El índice de dependencia potencial de la provincia es de 63,45%, por lo que se puede decir entonces que cada 100 personas que potencialmente son activas hay otras 63 menores de 15 años y mayores de 65 que no lo son y dependen económicamente de aquellas.

Según la encuesta permanente de hogares urbanos la tasa de empleo en las zonas urbanas de la provincia es de 42,8 y la de desocupación de 3,6.

El índice de analfabetismo es del 4,1%. Misiones duplica el promedio nacional de personas analfabetas, con 4,1%, y sólo es superada en cantidad de población

⁷⁷ INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Año 2010

⁷⁸ Base de datos del Sistema de Registro Aborigen de Misiones, desarrollado por la Dirección de Programas Comunitarios de Atención Primaria – Salud Indígena.

que no sabe leer ni escribir en Chaco (5,5%) y Corrientes (4,3%), mientras que comparte el mismo índice que Formosa, 4,1%.

El 71,9% de los hogares tiene agua de red. Pero solamente el 18,6% de los hogares tiene conexión a cloacal.

Para información sobre necesidades básicas insatisfechas de la población, cobertura y gasto público en salud, ver **Anexo IV**.

CAPÍTULO II

SISTEMA SANITARIO PROVINCIAL

II.a. Sistema sanitario provincial

La Ley provincial XVII N° 58 -antes Ley 4388- del año 2007 define la organización del sistema sanitario provincial, el funcionamiento de los subsectores estatal y privado, entre otros aspectos. El Ministerio de Salud Pública es la autoridad de aplicación de la Ley.

La organización del sistema sanitario provincial y sus subsectores se puede resumir en el siguiente cuadro:

SUBSECTORES	ESTATAL (dependencias centralizadas provinciales y municipales, entidades descentralizadas provinciales y municipales, entidades públicas de la seguridad social).	PRIVADO (entidades privadas, sindicales, empresas de medicina privada, de la seguridad social, aseguradoras de riesgos de trabajo, asociaciones civiles sin fines de lucro, fundaciones, personas físicas o jurídicas).
FINANCIAMIENTO	Rentas generales, préstamos nacionales o internacionales, programas sanitarios, ingresos por servicios prestados.	Aportes obligatorios de la seguridad social, pago directo de beneficiarios.
PRESTADORES	Prestadores propios: Hospitales, CAPS, profesionales dependientes del sector público.	Prestadores del sector público o privado. Profesionales independientes.
REGULADORES	Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Prevención de Adicciones y Control de Drogas, Instituto de Previsión Social Secretarías de Salud municipales	Ministerio de Salud de la Nación Superintendencia de Servicios de Salud, Superintendencia de Riesgo de Trabajo
USUARIOS	Usuarios con y sin obra social	Usuarios con obra social o prepaga

Fuente: elaboración propia

El Sistema Provincial de Salud está integrado por el Ministerio de Salud Pública; su red de hospitales, centros de salud y programas sanitarios; la red de centros de salud municipales; la red de establecimientos asistenciales privados; los establecimientos asistenciales pertenecientes a obras sociales; las entidades de medicina prepaga; los servicios de la obra social del Instituto de Previsión Social; los colegios profesionales, asociaciones, federaciones y círculos médicos que agrupan a las personas físicas que brindan servicios de salud; y el Consejo Provincial de Salud.

El Consejo Provincial de Salud es un organismo de debate y propuesta de los grandes lineamientos en políticas de salud. Tiene carácter consultivo, no vinculante. Debe arbitrar los mecanismos para la interacción de los subsectores que integran el sistema de salud y para la consulta y participación de las organizaciones vinculadas a la problemática sanitaria. Está integrado⁷⁹ por algunos Ministerios (de Salud Pública, de Educación, Ciencia y Tecnología, de Desarrollo Social, la Mujer y la Juventud, de Trabajo y Empleo, de Derechos Humanos y de Hacienda, Finanzas Obras y Servicios Públicos), el Instituto de Previsión Social Misiones, las municipalidades de las ciudades de Posadas, Oberá, Eldorado y Gobernador Roca, la Federación de Clínicas y Sanatorios de Misiones, la Federación Médica, las federaciones relacionadas a salud, y los Colegios de Profesionales.

El mencionado Consejo ha sido convocado y ha prestado asesoramiento al ministro en ocasión de las epidemias de fiebre amarilla, dengue, leishmaniasis, pandemia de gripe H1N1, entre otras situaciones.

⁷⁹ Decreto provincial N° 1006/2008

II.b. Ministerio de Salud Pública

El Ministerio de Salud Pública conduce, regula y ejerce la gobernanza del sistema sanitario provincial, formulando políticas y dictando normas científico administrativas para el cumplimiento de los objetivos del mismo. Es un organismo centralizado dependiente del poder ejecutivo, a cargo de un ministro - secretario de estado y cinco subsecretarías:

1. Subsecretaría de Salud
2. Subsecretaría de Atención Primaria y Salud Ambiental
3. Subsecretaría de Gestión Administrativa y Financiera
4. Subsecretaría de Recursos Humanos
5. Subsecretaría de Apoyo y Logística
6. Subsecretaría de Articulación Interministerial e Integración de Sistemas en el ámbito de Salud Pública.

En el **Anexo V** se detalla el organigrama vigente.

El Ministerio de Salud Pública organiza el conjunto de los recursos, para brindar servicios sanitarios a la población en los niveles central, zonal y local del sistema provincial de salud.

En cuanto a la **infraestructura hospitalaria** Misiones cuenta con 49 establecimientos con internación de bajo riesgo (35), mediano riesgo (5) y alto riesgo (9), que cuentan con más de 2000 camas disponibles. La mayoría de estos hospitales dependen administrativamente del nivel central (Ministerio de Salud Pública) y están regidos en su funcionamiento por normas de derecho público, siéndole aplicables el régimen de empleo público, de contabilidad pública, de obra pública, etc. Mientras que otros nosocomios (Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga, SAMIC Oberá, Nuestra Señora de Fátima de Garupá) dependen del ente público descentralizado “Parque de la Salud Dr. Ramón

Madariaga”.

En el **primer nivel de atención** también funcionan más de 350 centros de atención primaria de la salud, de dominio del estado provincial, que dependen jerárquicamente de las jefaturas de áreas programáticas, están a cargo de personal de planta permanente de la administración pública y que son designados por resolución del Ministro de Salud. Sus gastos también son atendidos por las partidas específicas asignadas al Ministerio.

En lo que respecta al **recurso humano en salud**, la provincia estableció un régimen de carrera sanitaria⁸⁰ destinado al personal de planta permanente y temporaria dependiente de la provincia, con excepción de los cargos políticos (ministro, subsecretarios, secretarios privados, asesores, directores generales, directores de zona de salud y jefes de áreas programáticas). Asimismo, están exceptuados de su ámbito de aplicación todas las personas contratadas sin relación de dependencia y las que prestan servicios a través de terceros (limpieza, seguridad). Mediante dicho régimen, se permite al personal de salud a acceder a grados escalafonarios superiores, mediante una carrera jerárquica (basada en el concurso de los respectivos cargos) y una carrera de antigüedad y mérito, basada en la promoción trienal según calificación anual, conforme lo determine reglamentación. Esta Ley se encuentra parcialmente reglamentada⁸¹.

En los últimos años ha crecido notoriamente la utilización de otras figuras jurídicas para incorporar recurso humano al sistema, como ser becas de programas sanitarios nacionales (Programa de Médicos Comunitarios, Programa de Salud Familiar y Comunitaria), becas a promotores de salud y contrataciones de la Fundación que administra el Parque de la Salud. A la fecha,

⁸⁰ Ley provincial I N° 80 -Antes Ley N° 2693

⁸¹ Decreto provincial N° 914/1994

el total del personal afectado a salud pública es el siguiente:

Personal de Planta Permanente del Ministerio de Salud Pública	7588
Fundación Parque de la Salud “Dr. Ramón Madariaga”	2656
Programa de Médicos Comunitarios	281
Programa de Residencias	290
Programa Salud Familiar	230
TOTAL	11045

En lo que hace a la formación y capacitación del recurso humano el Ministerio de Salud ha impulsado varias tecnicaturas para sus agentes a través del Instituto de Formación para la Gestión Pública (INFOGEP) y del Instituto Misionero de Educación Superior de Misiones (IMES), dependientes de la Vicegobernación. Desde el 2012 a la fecha se han realizado las siguientes propuestas formativas:

- Escuela de Gestión en Salud
- Tecnicatura en Estadísticas de Salud
- Tecnicatura en Diagnóstico por Imágenes
- Tecnicatura en Instrumentación Quirúrgica
- Tecnicatura en Esterilización
- Tecnicatura en Enfermería
- Tecnicatura en Farmacia de los Centros del Primer Nivel de Atención

II.c. Competencias del Ministerio de Salud Pública

Según la Ley de Ministerios⁸², el ministro - secretario de salud pública- tiene a su cargo los siguientes asuntos:

- 1) ejecutar las políticas sanitarias formulando, estableciendo y conduciendo la política provincial en la materia, de acuerdo con los planes, programas y proyectos del Gobierno Provincial;
- 2) promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud;
- 3) aprobar en los aspectos de su competencia los proyectos de los establecimientos sanitarios a construirse en el ámbito provincial;
- 4) coordinar el proceso de programación de actividades del sector salud, así como las prestaciones asistenciales a brindar por el Sistema Provincial de Salud;
- 5) ejercer el poder de policía sanitaria en materia de elaboración y comercialización de productos que pueden influir en la salud, fiscalizando el cumplimiento efectivo de las normas técnicas, administrativas y de calidad de los servicios del sector salud, imponiendo las sanciones que corresponden;
- 6) formular, organizar y ejecutar una política para la formación, capacitación, selección, incorporación y desarrollo del recurso humano del sector salud, acorde a sus necesidades, promoviendo la coordinación con las instituciones educativas;
- 7) participar en la distribución de subsidios provinciales, formular recomendaciones a las dependencias competentes sobre la asignación de recursos que requieren los programas de salud y prestar asesoramiento respecto de los fondos de fomento que reciben las entidades que desarrollan acciones de salud;

⁸² Ley provincial I N° 70 -Antes Ley N° 2557

- 8) entender en la elaboración de planes integrales de educación sanitaria en coordinación con los organismos educativos de los distintos niveles, a fin de crear una conciencia sanitaria en la población desde la niñez;
- 9) entender en la elaboración de las políticas para el desarrollo de áreas compartidas con otras provincias y países y entender en su ejecución en los aspectos de la competencia en coordinación con las autoridades de la misma;
- 10) entender en la elaboración, ejecución y evaluación de planes integrales de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud;
- 11) participar en la realización de estudios de reconocimiento y evaluación de las condiciones ambientales de los ecosistemas;
- 12) colaborar con la Autoridad de Aplicación en materia de medicina del trabajo y del deporte;
- 13) intervenir en los aspectos relacionados con el abastecimiento de agua potable, disposición de líquidos cloacales y todo otro servicio sanitario en los aspectos de su competencia;
- 14) aplicar el Código Alimentario Argentino en el ámbito provincial;
- 15) participar en la elaboración de los planes para adecuar la vivienda rural o urbana a los principios de salubridad, higiene y accesibilidad indispensables en el desarrollo integral y armónico de la familia, en coordinación con los organismos que tienen competencia en el tema;
- 16) participar en la elaboración y fiscalización de las normas relacionadas con el control de la contaminación ambiental de todo tipo;
- 17) participar en la elaboración de las normas de preservación del medio ambiente relacionadas con obras de infraestructura y de asentamientos humanos, tanto provinciales como regionales, en los aspectos relacionados con la salud;
- 18) entender en la elaboración de normas y ejecutar programas de control de zoonosis;
- 19) realizar la inscripción y fiscalización de los equipos generadores de radiaciones;

- 20) coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la administración pública, así como los agrupamientos por funciones y programas afines;
- 21) implementar la desconcentración y descentralización de los servicios de salud;
- 22) determinar la periodicidad y características de la información que deben proporcionar las dependencias y entidades del sector salud, con sujeción a las disposiciones generales aplicables;
- 23) promover, consolidar, profundizar y extender la atención primaria de la salud como estrategia básica para la organización y el desarrollo de las acciones del Sistema Provincial de Salud;
- 24) dictar las normas e impulsar las actividades científicas y tecnológicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo;
- 25) normar la regulación y control de la transferencia de tecnología en el área de salud;
- 26) promover el establecimiento de un sistema provincial de información básica en materia de salud de acuerdo con los lineamientos nacionales en la materia;
- 27) coordinar las actividades de todas las entidades e instituciones del sector salud, entre sí y con las de otros sectores relacionados, promoviendo su integración funcional;
- 28) organizar la participación solidaria de las entidades e instituciones del sector, en casos de desastres o calamidades públicas en materia sanitaria;
- 29) establecer las normas técnicas y administrativas que regulan los regímenes de referencia y contrarreferencia de pacientes, así como el apoyo tecnológico en recursos humanos y técnicos a los primeros niveles de atención;
- 30) fijar y cobrar tasas o derechos por la expedición de permisos, licencias,

- registros y certificaciones;
- 31) autorizar a las fundaciones o instituciones de bien común, con o sin fines de lucro, y a las personas privadas jurídicas, la prestación de servicios de salud en determinados niveles de atención y complejidad, así como modificar o revocar las autorizaciones previamente otorgadas, sin necesidad del consentimiento expreso y escrito de las respectivas personas;
 - 32) impulsar la permanente actualización de las disposiciones legales en materia de salud, proponiendo las normas que regulan el ejercicio de las profesiones del arte de curar, coordinando y supervisando la actuación de los colegios profesionales de aquel arte;
 - 33) organizar, normalizar y fiscalizar aquellos aspectos relacionados con la salud de la población que, sin estar expresamente contemplados en la Ley, surjan en el futuro como problema sanitario;
 - 34) desempeñar las demás funciones necesarias para el cumplimiento de los objetivos del Sistema Provincial de Salud.

Por su parte, la Ley de Salud⁸³ dispone que el Ministerio de Salud Pública, como autoridad de aplicación de dicha norma, debe:

- a) definir la forma de prestación de la asistencia pública en salud;
- b) establecer los servicios básicos de salud que se brindarán gratuitamente;
- c) fijar los niveles de atención en salud y los grados de complejidad, a efectos de determinar y delegar responsabilidades institucionales en materia de prestación de servicios de salud y, en especial, los servicios de urgencia, teniendo en cuenta las necesidades de la población y la cobertura territorial;
- d) establecer las modalidades y formas de participación comunitaria en la prestación de servicios de salud;

⁸³ Ley provincial XVII N° 58 -Antes Ley N° 4388

- e) implementar un registro único de las personas físicas y jurídicas, públicas y privadas, que presten servicios de salud, y efectuar su control, inspección y vigilancia a través de los organismos que correspondan al sistema de salud;
- f) participar en la fijación y control de aranceles a través del Nomenclador Provincial de Prestaciones de Servicios de Salud, acorde a la normativa nacional vigente;
- g) establecer un sistema de normas de calidad de los servicios de salud y los mecanismos para implementar, controlar y vigilar su cumplimiento;
- h) regular los procedimientos de autorización, modelo de atención, cobertura, calidad de los servicios, costos y mecanismos de control a las entidades privadas para la prestación de servicios públicos de salud en los diferentes niveles y grados de complejidad;
- i) expedir las normas técnicas para la construcción, remodelación, ampliación y dotación de la infraestructura de salud;
- j) organizar y establecer el régimen de referencia y contrarreferencia de pacientes, de los distintos niveles de complejidad de atención y el régimen de apoyo tecnológico y de recursos humanos especializados que se deben prestar entre los mismos.

II.d. Otros actores del Subsector Estatal

II.d.1. Instituto de Previsión Social de la Provincia de Misiones

El Instituto de Previsión Social de la Provincia de Misiones (IPS) es la obra social de los empleados de la administración pública provincial. Su creación obedece a lo señalado en el artículo 35 de la Constitución provincial que señala que *“Todos los trabajadores de la Provincia, públicos o privados, tendrán*

derecho al seguro social integral e irrenunciable. A este fin se coordinará la legislación provincial con la nacional tendiente a la creación de organismos con autonomía financiera y económica, administrados por los interesados con participación del Estado". Fue creado en el año 1957⁸⁴ como un ente descentralizado y autárquico dependiente del Ministerio de Hacienda, Finanzas, Obras y Servicios Públicos que tiene la finalidad de brindar servicios de salud y sociales a sus beneficiarios / afiliados adherentes, los que son financiados mediante el aporte y la contribución obligatorios, de los empleados públicos / trabajadores y del Estado provincial empleador. Está a cargo de un presidente, posee un directorio (Rama Activa y Rama Pasiva) y tres subgerencias (Prestaciones Médicas Asistenciales, Administración y Finanzas y Previsional). Posee aproximadamente 180 mil afiliados⁸⁵.

No depende ni está fiscalizada por la Superintendencia de Seguros de Salud del Ministerio de Salud de la Nación, ya que no ha adherido por convenio al Sistema Nacional de Seguro de Salud⁸⁶, pero sí forma parte del Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA), que es una institución civil sin fines de lucro, que nuclea a las 24 obras sociales provinciales del país.

II.d.2. Colegios profesionales

En 1957 se crearon los Colegios Profesionales del “Arte de Curar”, que incluían al de médicos, bioquímicos, químicos; farmacéuticos y odontólogos⁸⁷. Los

⁸⁴ Decreto-Ley provincial N° 191/1957

⁸⁵ Fuente: <https://ipsmisiones.com.ar>

⁸⁶ Ley nacional N° 23661

⁸⁷ Ley XVII N° 1- Antes Decreto Ley 169/1957

colegios son personas jurídicas cuyo fin es representar a las personas que ejercen una misma actividad, resguardar las tareas atinentes a su formación y controlar la ética profesional. Los órganos que lo componen son la mesa o comisión directiva (compuesta de un presidente, vicepresidente, secretario, tesorero, dos vocales, elegida por todos los inscriptos en la matrícula) la asamblea (compuesta por todos los profesionales matriculados) el tribunal de ética (encargado de hacer cumplir el código deontológico) y una comisión revisora de cuentas (que fiscaliza la administración del colegio). Sus principales funciones son la de velar por el ejercicio legal de la profesión, autorizar especialidades, organizar y mantener al día el registro profesional, matricular a aquellos que pretenden ejercer en la provincia, velar por el decoro y la ética profesional, establecer los aranceles u honorarios profesionales, entre otros.

Además de los citados colegios, en la provincia se han creado por ley los siguientes:

- Colegio de Obstétricas⁸⁸.
- Consejo Profesional de Veterinarios⁸⁹.
- Colegio Profesional de Psicólogos⁹⁰.
- Colegio de Bioquímicos⁹¹.
- Colegio Kinesiólogos y Fisioterapeutas⁹².
- Colegio de Ópticos⁹³.
- Colegio Profesional de Enfermería⁹⁴.
- Colegio de Licenciados en Genética⁹⁵.

⁸⁸Ley provincial I N° 15

⁸⁹Ley provincial I N° 21

⁹⁰Ley provincial I N° 35

⁹¹Ley provincial I N° 41

⁹²Ley provincial I N° 55

⁹³Ley provincial I N° 63

⁹⁴Ley provincial I N° 82

⁹⁵Ley provincial I N° 100

- Colegio de Nutricionistas⁹⁶.
- Colegio de Fonoaudiólogos⁹⁷.
- Colegio de Psicopedagogos⁹⁸.
- Colegio de Instrumentadores Quirúrgicos⁹⁹
- Colegio de Licenciados y Técnicos en Diagnóstico por Imágenes y Terapia Radiante¹⁰⁰

II.d.3. Municipios

En los municipios de Misiones la sanidad está a cargo de secretarías de salud, que básicamente se ocupan de las labores de saneamiento, de promoción de la salud, de prevención primaria y del primer nivel de atención, a través de centros de salud y de Centros Integradores Comunitarios (CIC).

La interacción entre la provincia y los municipios en la gestión de la salud pública se comenzó a gestar en la década del 90, con la creación de los Consejos Municipales de Salud y la institución del Fondo Sanitario Municipal (FOSAMU) para otorgar una ayuda económica a personas carentes de recursos para la adquisición de medicamentos necesarios para su atención sanitaria. Años más tarde, la gestión coordinada y compartida de recursos también se replicó a través del **Programa de Descentralización de la Gestión para la Atención Primaria de la Salud**¹⁰¹, que tiene por finalidad la colaboración y la participación entre la Provincia y los municipios en los procesos de cogestión y

⁹⁶ Ley provincial I N° 129

⁹⁷ Ley provincial I N° 130

⁹⁸ Ley provincial I N° 131

⁹⁹ Ley provincial I N° 171

¹⁰⁰ Ley provincial I N° 172

¹⁰¹ Decreto provincial N° 71/2008, reformado por su similar N° 1131/2009

corresponsabilidad de la salud y en la planificación, ejecución y evaluación de los servicios de salud; mejorar los indicadores sanitarios en los municipios y a facilitar la realización de acciones conjuntas de promoción, prevención de la salud y detección de enfermedades. Esta cogestión se instrumenta mediante la firma de un convenio entre provincia y el municipio, mediante el cual -previa evaluación y aprobación del proyecto que presenta la comuna-, la provincia le transfiere una cápita mensual por habitante.

II.d.4. Parque de la Salud “Dr. Ramón Madariaga”

El Parque de la Salud “Dr. Ramón Madariaga¹⁰²” de la provincia de Misiones es un ente público y descentralizado creado en el año 2010, con autonomía financiera, que depende funcionalmente del Ministerio de Salud Pública. Los objetivos asignados al Parque de la Salud son asistenciales, de docencia y capacitación, científicos, de actualización y mantenimiento, y de cooperación y contribución. Este último objetivo comprende la misión de administrar, dirigir, explotar y/o asesorar instituciones hospitalarias y/o sanitarias oficiales provinciales o municipales; coordinando las acciones y políticas hospitalarias implementadas por el poder ejecutivo provincial. Sus recursos provienen de rentas generales que recauda la provincia y de la partida específica que anualmente fija el presupuesto general de la administración pública provincial. Su patrimonio está constituido por los bienes que le han sido transferidos por el Ministerio de Salud Pública. A la fecha, dependen del Parque de la Salud los siguientes hospitales, institutos y programas:

102 Ley provincial XVII N° 70

- Guardería Maternal Evita
- Hospital Escuela de Odontología Ley XVII N°128
- Hospital Nuestra Señora de Fátima
- Hospital Público Materno Neonatal
- Hospital Público SAMIC Obara de Autogestión
- Instituto de Genética Humana Ley XVII N° 81
- Instituto de Medicina Regenerativa y Traslacional IMERyT Ley XVII N° 111
- Instituto Misionero del Cáncer Ley XVII N° 79
- Laboratorio de Alta Complejidad
- Laboratorio de Especialidades Medicinales de la provincia de Misiones (LEMIS)
- Programa de Abordaje Integral de los Estados Hipertensivos del Embarazo
- Programa de Prevención del Cáncer Colorrectal. Ley XVII N° 146
- Programa de Prevención del Cáncer de Próstata y Cuidados del Sistema Urinario Masculino y Femenino
- Programa provincial de Abordaje Integral del Cáncer Cervicouterino
- Programa Trasplante de Medula
- Unidad Central de Emergencias y Traslados (UCEyT) Ley XVII N°126

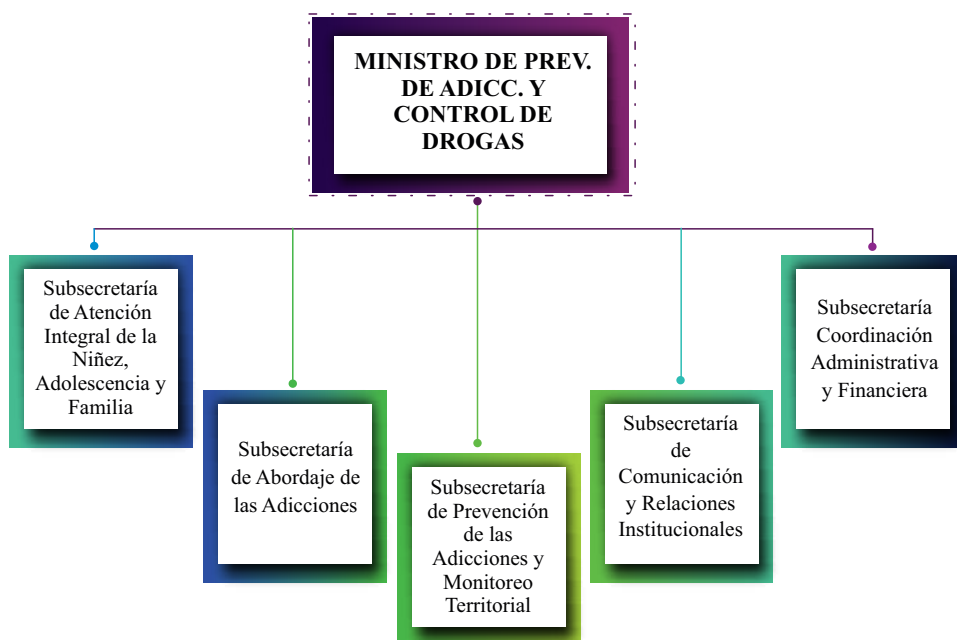
Administrativamente el Parque de la Salud está a cargo de la Fundación Parque de la Salud (FUNPARSAL) constituida por el gobierno provincial, la cual posee un Consejo de Administración, un Comité Ejecutivo y una Comisión de Fiscalización.

II.d.3. Ministerio de Prevención de Adicciones y Control de Drogas

La que fue una Subsecretaría del Ministerio de Salud Pública, en el año 2019 se transformó en el **Ministerio de Prevención de Adicciones y Control de Drogas**¹⁰³, que fue creado para planificar programas de prevención y control de la drogadicción a través de políticas de capacitación, desarrollo, investigación y

¹⁰³Decreto provincial N° 96/2019

promoción de actividades asistenciales. Dentro de su estructura se incluyó al área encargada de la atención integral de la niñez, adolescencia y familia, que antes había sido una dirección¹⁰⁴ y posteriormente una subsecretaría¹⁰⁵ del Ministerio de Salud. El organigrama del nuevo Ministerio de Prevención de Adicciones y Control de Drogas¹⁰⁶ es el siguiente:



¹⁰⁴ Decreto provincial N° 1020/2009

¹⁰⁵ Decreto provincial N° 1661/2013

¹⁰⁶ Decreto provincial N° 25/2020

II.e. Principios de la política provincial de salud

La Ley de Salud asignó al poder ejecutivo provincial la función de **definir la política provincial de salud**, y estableció sus principios básicos (Artículo 5):

- a) universalidad: para todos los habitantes, sean ciudadanos argentinos, nativos o por opción, incluyendo a los que estén en tránsito y los que provengan de países que tengan convenios de reciprocidad;
- b) equidad: eliminación de disparidades en la distribución de la cobertura sanitaria y de los recursos asignados para estos fines;
- c) calidad: prestaciones realizadas conforme normas de garantías de calidad;
- d) eficiencia: la asignación y gestión de recursos deben asegurar elevación de los niveles de calidad de las prestaciones sanitarias;
- e) efectividad: mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos;
- f) sustentabilidad: debe permitir preservar, legitimar y sustentar financieramente al sistema de salud provincial;
- g) participación: como derecho de la población y un deber de los habitantes;
- h) integración funcional: convenios entre los actores que intervienen en la salud.

II.f. Política sanitaria provincial

De acuerdo a lo que dispone la Ley de Salud, los ejes prioritarios para la prestación de la salud pública provincial son los siguientes:

- a) la vigilancia epidemiológica y de las condiciones sanitarias, los programas de inmunizaciones y la prevención y el control de enfermedades endémicas y epidémicas;
- b) las acciones de atención primaria de la salud, fortaleciendo el primer nivel de atención médica, y orientándolas preferentemente a los grupos vulnerables de la población;

- c) la organización, coordinación, seguimiento, control y valuación de las prestaciones y servicios de salud;
- d) la atención de la salud de embarazadas, madres y niños;
- e) la salud sexual y reproductiva responsable;
- f) la salud mental;
- g) la organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares de la salud;
- h) el fortalecimiento al Programa Nacional y Provincial de Donación y Trasplante de Órganos;
- i) la formación, capacitación, selección, ingreso y desarrollo de los recursos humanos en los servicios de salud;
- j) la promoción de la investigación en salud y la constitución de comisiones de bioética, mortalidad materno infantil, tratamiento paliativo, auditorías de historias clínicas, bioseguridad y seguridad laboral y control de gestión en los servicios de salud;
- k) la información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud;
- l) la educación para la salud;
- m) la orientación y vigilancia en materia de nutrición;
- n) la prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre;
- o) la salud ocupacional y el saneamiento básico domiciliario y comunitario y la prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores y roedores;
- p) la prevención y el control de enfermedades transmisibles;
- q) la prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes;
- r) la prevención de toda forma de discapacidad y la rehabilitación de las personas con algún grado de discapacidad;
- s) la integración de los planes, programas y servicios de salud con los programas destinados a la asistencia y desarrollo social de las personas;
- t) el programa contra el alcoholismo, tabaquismo y fármaco dependencia;
- u) el control del proceso de producción, comercialización, expendio, utilización, importación, exportación de medicamentos y afines; de alimentos y tecnologías aplicables y utilizables en materia de salud en el ámbito de su competencia y de acuerdo a Leyes nacionales que

- regulan la materia;
- v) el control sanitario de las actividades, productos y servicios publicitados;
- w) el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células, cadáveres de seres humanos y de todo tipo de residuos tóxicos peligrosos para la salud de la población.

II.g. Subsector Estatal

En lo que respecta al subsector estatal, la Ley organiza el sistema sanitario bajo cuatro modelos:

- a. Modelo de atención
- b. Modelo de gestión
- c. Modelo de financiamiento
- d. Modelo de calidad

II.g.1. Modelo de atención

Busca priorizar el fortalecimiento, desarrollo y optimización de la atención primaria de la salud (en adelante APS). Y procura la conformación de redes y niveles de atención, procurando jerarquizar básicamente el primer nivel y la descentralización gradual, permanente y total de la gestión de los servicios médicos como modelo de gestión.

No debe asimilarse la APS con el primer nivel de atención (puerta de entrada del sistema de salud y lugar donde se operativiza la continuidad de la atención para la mayor parte de la población). La estrategia de la APS es aplicable en todos los niveles de atención, desde el equipo de salud que trabaja en el primer nivel, hasta en la gestión de servicios de alta complejidad en el tercer nivel. Tampoco debe limitarse la APS a un conjunto limitado de servicios dirigidos a las personas socialmente más vulnerables (prestaciones de planificación familiar, inmunizaciones). Por último, la

APS como tal no se limita a medidas de prevención primaria (orientadas a evitar la aparición de una enfermedad mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes) sino también comprende la prevención secundaria (el diagnóstico precoz de una enfermedad incipiente, sin manifestaciones clínicas, como la pesquisa o el tamizaje) y la prevención terciaria (acciones relativas a la recuperación integral de la enfermedad clínicamente manifiesta, como la rehabilitación).

En conclusión, la APS debe ser entendida como la estrategia de organización del sistema de salud. Es decir, la *“asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar [...]”. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad [...], llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia a la salud*¹⁰⁷.

La Ley define los distintos niveles de complejidad y sus objetivos:

- Primer nivel de atención: conjunto de acciones y servicios para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en especialidades básicas, medicina familiar, toco ginecología, pediatría, y de carácter ambulatorio.
- Segundo nivel de atención: prestaciones que impliquen atención especializada ambulatoria o que requieran internación de cualquier naturaleza.
- Tercer nivel de atención: acciones y servicios de alta complejidad

¹⁰⁷ Declaración de Alma Ata de 1978

médica y tecnológica, que por su particular naturaleza se erigen en el último escalón de la red de prestaciones médicas.

II.g.2. Modelo de financiamiento

La Ley de Salud establece que el presupuesto específico de salud del subsector estatal debe constituirse por:

- a) partidas presupuestarias provenientes de la recaudación de rentas generales;
- b) ingresos provenientes de los servicios sanitarios prestados por el subsector estatal;
- c) ingresos provenientes de convenios de cooperación para docencia, investigación y ejecución de programas y acciones sanitarias específicas;
- d) préstamos o aportes nacionales e internacionales;
- e) legados o donaciones.

La asignación de partidas presupuestarias debe tener en cuenta los siguientes criterios:

- magnitud: sobre la base del análisis de los indicadores;
- trascendencia: conforme la importancia que la población asigna a los distintos problemas sanitarios;
- vulnerabilidad;
- costo;
- jerarquización del primer nivel de atención;
- conformación del presupuesto por programas;
- desarrollo de la planificación plurianual de inversiones;
- participación comunitaria.

Se dispone también que en ningún caso el presupuesto anual del Ministerio de Salud Pública deberá ser inferior al 10% anual del total del presupuesto,

porcentaje que se irá incrementando en el 1% anual como mínimo, hasta lograr un piso del 15% anual.

Actualmente, en la Ley de Ejercicio Financiero para el año 2022¹⁰⁸, el presupuesto de salud es la tercera finalidad más importante a la que el Estado provincial destina recursos públicos (21,70%). La primera es bienestar social (23,35%) y la segunda cultura y educación (22,09%).

Presupuesto 2022

Finalidad	Monto	%
BIENESTAR SOCIAL	\$ 58.180.101.000	23,35%
CULTURA Y EDUCACIÓN	\$ 55.034.353.000	22,09%
SALUD	\$ 54.052.341.000	21,70%
DESARROLLO DE LA ECONOMÍA	\$ 29.531.072.000	11,85%
APOYO A GOBIERNOS MUNICIPALES	\$ 18.804.134.000	7,55%
SEGURIDAD	\$ 16.669.486.000	6,69%
LEGISLACIÓN, JUSTICIA Y CULTO	\$ 7.426.416.000	2,98%
ADMINISTRACIÓN GENERAL VARIOS	\$ 5.586.959.000	2,24%
ADMINISTRACIÓN Y CONTROL FISCAL	\$ 2.144.768.000	0,86%
CIENCIA Y TÉCNICA	\$ 1.196.660.000	0,48%
DEUDA PÚBLICA	\$ 499.635.000	0,20%
TOTAL	\$ 249.125.925.000	100,00%

¹⁰⁸Ley provincial VII N° 94

Dentro del presupuesto destinado a la finalidad salud, el 29,56% se destina al Ministerio de Salud Pública, el 28,80% al Parque de la Salud “Dr. Ramón Madariaga” y el 0,26% al Ministerio de Prevención de Adicciones y Control de Drogas.

II.g.3. Modelo de gestión

El modelo de gestión propende a la descentralización administrativa de los respectivos efectores del segundo y tercer nivel de atención, al fortalecimiento y consolidación definitivos de sus competencias institucionales en la gestión operativa, administrativo financiero y de personal y a su consecuente integración funcional a las redes de atención del sistema.

Esto implica que el Ministerio de Salud Pública debe atribuir competencia a sus hospitales para administrarse por sí mismos, dotándolos de autonomía (personalidad jurídica propia, capacidad de dictar sus propias normas y tener presupuesto propio).

En la Argentina, luego de 1955 se llevó adelante un proceso de desconcentración de poder y de descentralización administrativa. La desconcentración implica atribuir parte de las competencias de los órganos superiores de gobierno a órganos inferiores, pero siempre dentro de la misma organización estatal. Mientras que la descentralización implica atribuir las competencias a un nuevo ente, separado de la administración central, dotado de personalidad jurídica propia y constituido por órganos propios. La descentralización pretende dotar al ente de autarquía (capacidad del ente para administrarse a sí mismo) y autonomía (que agrega a la autarquía la capacidad del ente para dictar sus

propias normas). El fundamento de todas estas medidas es lograr formas de gestión hospitalaria idóneas para el logro de los principios de equidad, eficiencia y eficacia en las acciones de salud, evitando la burocracia estatal. Algunos autores hablan de la estrategia de “huir del derecho administrativo¹⁰⁹”.

La descentralización se instrumentó de dos maneras:

- 1) Transfiriendo hospitales nacionales a las provincias (para minimizar el Estado ante las crisis económicas, impulsado por los organismos internacionales de crédito).
- 2) Promoviendo la autonomía de los Hospitales.

Dentro de las políticas destinadas a promover la reforma hospitalaria, la nación y la provincia promovieron la creación de los “Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad”, la figura de “Hospital Público de Autogestión”, la instrumentación del arancelamiento hospitalario, el régimen de “Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada” y la creación entes públicos y descentralizados, gobernados por una fundación (cuyos antecedentes ya los he mencionado en el Capítulo I). Son medidas que persiguen crear autonomías funcionales o de gestión, pero sin afectar la prestación de un servicio público como la salud.

II.g.4. Modelo de calidad

El modelo de calidad es el menos desarrollado por la Ley. Simplemente dispone que el Ministerio de Salud Pública deberá procurar la excelencia y óptima

¹⁰⁹ Borrajo I. “El intento de huir del Derecho administrativo”. Revista Española de Derecho Administrativo, n° 78. 1993.

prestación de la totalidad de los servicios sanitarios y atención médica en todos los subsectores y niveles mediante un modelo de calidad, acorde con las pautas institucionales previstas para el logro del desarrollo integral de la política sanitaria.

En el campo relacionado con la atención de la salud, la calidad asistencial es *“la obtención del mayor beneficio para el paciente, al menor costo y con el menor riesgo posible”* y en la misma línea, la OMS la define como: *“Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”*.

Los objetivos de la calidad son que las prestaciones de salud cumplan los siguientes requisitos:

1	Seguro	Evitar las lesiones a los pacientes por el cuidado que está diseñado para velar por ellos
2	Efectivo	Proveer los servicios basado en conocimiento científico a todos aquellos que se pueden beneficiar y evitar proveer los servicios a aquellos que no es probable que se beneficien
3	Centrado en el paciente	Proveer cuidado que es respetuoso y en respuesta a las necesidades del paciente y a sus valores, y asegurar que el paciente valúa la guía en todas las decisiones clínicas

4	Oportuno / A tiempo	Reducir las esperas y los atrasos peligrosos tanto de los que reciben como de los que proveen el cuidado clínico
5	Eficaz / Eficiente	Evitar las pérdidas, en particular la de equipos, insumos, recursos, energía e ideas
6	Equitativo	Proveer un cuidado que no varía en calidad a causa de características personales tales como el género, etnia, localización geográfica y nivel socioeconómico

(*) Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine (IOM). Crossing the Quality Chasm: a New Health Care System for the 21st Century. Washington DC: National Academy Press; 2001.

A nivel nacional, el Ministerio de Salud creó el **Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica**¹¹⁰. Sus líneas de trabajo son:

- Calidad en la estructura de los servicios de salud: Prever actividades relacionadas con la habilitación y categorización de los establecimientos de salud en base al riesgo. Normas de organización y funcionamiento de los servicios. Grillas de habilitación categorizante. Son directrices de organización y funcionamiento de servicios de salud como, por ejemplo, las condiciones obstétricas y neonatales esenciales para establecimientos que atiendan partos, requisitos para la habilitación de centros, servicios o unidades de diálisis, requisitos para la habilitación de centros de lactancia materna, etc.
- Calidad en los procesos y gestión de los servicios de salud: Desarrollo de estándares y protocolos clínicos y guías, así como

¹¹⁰ Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N° 432/1992

también guías de procedimiento para la gestión de los servicios de salud. Las guías de práctica clínica son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para orientar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada para las distintas opciones de tamizaje, diagnóstico y/o tratamiento de un problema de salud o una condición específica (diagnóstico y tratamiento de la obesidad en adultos, prevención y detección precoz de la enfermedad renal crónica en adultos en el primer nivel de atención, prevención diagnóstico y tratamiento de la Retinopatía del Prematuro, etc.). Tienden a reducir la variabilidad de las prácticas clínicas.

- Evaluación y control de la calidad: Elaboración e implementación de indicadores de calidad y de estándares relacionados con la estructura, procesos y resultados de las prestaciones de los servicios de salud. Compatibilizar modalidades de evaluación y gestión de la calidad. Tiende a la certificación de los procesos asistenciales según normas de calidad.
- Seguridad de los pacientes y gestión de riesgos sanitarios: Son el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que tienen por objeto minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de la salud o mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar barreras de seguridad y desarrollar estrategias para reducir el daño innecesario asociado a la asistencia sanitaria.
- Cooperación técnica y capacitación: Capacitación y la asesoría técnica de las autoridades e instituciones provinciales y locales.:

En el año 2020 se aprobó el “Plan Nacional de Calidad en Salud 2021-2024”¹¹¹ que busca hacer eje en el fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza en calidad para disminuir las inequidades en el sistema de salud, implementando procesos de trabajo para mejorar la calidad de atención con un enfoque de derechos centrada en las personas, las familias y las comunidades.

Misiones posee un Departamento de Calidad (también denominado Nodo de Calidad) que depende jerárquicamente del Ministro de Salud Pública y está enmarcado en los lineamientos establecidos en el Plan Nacional de Calidad. El nodo de calidad del nivel central está conformado por un grupo de personas que abarcan disciplinas y capacidades diferentes, con el objetivo de conformar nodos locales en los establecimientos sanitarios y monitorear los distintos procesos asistenciales y de gestión en salud. A la fecha se han conformado nodos locales de calidad en 43 hospitales públicos de la provincia¹¹².

También forman parte del modelo de calidad la iniciativa de la conformación de Comités de Ética. Tanto en la nación¹¹³ como en la provincia¹¹⁴, se instituyeron por Ley los Comité Hospitalarios de Ética.

El comité es un grupo interdisciplinario independiente -ad honorem- conformado por médicos, abogados, psicólogos, antropólogos, trabajadores sociales, sociólogos y otras profesiones afines, representantes de las diversas confesiones religiosas, de pueblos originarios y de asociaciones u organizaciones de pacientes, cuya función es verificar la tutela de la seguridad, la integridad y los derechos de las personas, así como emitir opiniones o

¹¹¹Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N° 2546/2021

¹¹²Fuente: <https://salud.misiones.gob.ar/nodo-de-calidad-de-servicios-en-salud/>

¹¹³Ley nacional N° 24742

¹¹⁴Ley provincial XVII N° 54 – Antes Ley N° 4334

dictámenes y llevar a cabo actividades de formación sobre los aspectos éticos de la práctica y la investigación. Dicho comité desarrolla sus actividades en el ámbito hospitalario y dependen de la dirección, aunque no están dentro de la estructura jerárquica. Existen dos tipos de comité:

- Los de bioética en salud humana, que emiten opiniones y asesoran sobre dilemas o conflictos morales que se presentan en la práctica asistencial (opinión no vinculante).
- Los de ética en la investigación en seres humanos, que analizan los protocolos de investigación a la luz de la legislación y de documentos éticos relevantes, como el Código de Nüremberg, la Declaración de Helsinki, las Pautas CIOMS, etc. En este caso, su opinión es vinculante (quiere decir que, si no aprueban el proyecto de investigación, el mismo no puede ser realizado en el ámbito donde funciona el Comité).

A nivel central, el Ministerio de Salud Pública también creó comités de ética:

1. El **Comité de Ética en Investigación Provincial**¹¹⁵, que tiene como funciones normatizar los circuitos de presentaciones de proyectos de investigaciones en seres humanos en la Provincia a los efectos de homogeneizar tanto los formatos de presentaciones, como los requerimientos necesarios en el marco de las regulaciones vigentes, facilitando a aquellos investigadores la gestión de las evaluaciones para el inicio, prosecución y finalización de sus investigaciones.
2. El **Comité Provincial de Bioética en Salud Humana**¹¹⁶, que tiene como funciones deliberar y argumentar racionalmente sobre los

¹¹⁵Resolución del Ministerio de Salud Pública N° 2489/2016

¹¹⁶Resolución del Ministerio de Salud Pública N° 1713/2020

dilemas de orden moral que se presentan en el campo de las ciencias de la vida y la salud. Y promover, autorizar, coordinar y regular la conformación y el funcionamiento de los Comités de Bioética en Salud Humana de Hospitales públicos o privados o dependientes del Parque de la Salud y de otras Instituciones del sistema sanitario provincial.

Ambos Comités funcionan dentro del Área de Investigación dependiente de la Subsecretaría de Recursos Humanos y Planificación del Ministerio de Salud Pública.

CAPÍTULO III

PERSONAL SANITARIO

III.a. Definición de personal del sistema sanitario

Dentro de lo que denominamos personal sanitario se comprende a todas las personas que brindan servicios de salud. Es decir, profesionales de la salud (médicos, bioquímicos, farmacéuticos, enfermeros), técnicos (radiólogos, instrumentadores quirúrgicos), auxiliares, agentes sanitarios y personal administrativo. Lo que usualmente se denomina “equipo de salud”. A todos les comprenden derechos y deberes por la función que prestan.

En este capítulo en especial, se va a hacer referencia a aquel personal que presta un servicio público al ciudadano o usuario del sistema, ya sea porque tiene un vínculo laboral con la administración pública provincial o porque depende de un ente público descentralizado.

III.b. Derechos y deberes del personal sanitario

Todo aquel personal sanitario que tenga una relación laboral con el Estado es un servidor público. El empleo público está regulado por normas del derecho administrativo, diferentes de las que encuadran el empleo privado.

En el ámbito provincial, el régimen jurídico básico de la administración

pública¹¹⁷ comprende a las personas que, en virtud de acto administrativo emanado de autoridad competente, prestan servicios remunerados en dependencias del poder ejecutivo provincial y organismos descentralizados, autárquicos y de la Constitución.

Las características de este régimen son:

- Regido por el derecho administrativo (público, no privado)
- Otorga estabilidad al empleado público (imposibilidad de ser despedido sin justa causa). Es el derecho que posee a conservar el empleo y el nivel escalafonario alcanzado, así como también la permanencia en la zona donde desempeñe sus funciones, siempre que las necesidades del servicio lo permitan
- Otorga derecho a una carrera administrativa

El personal que está exceptuado del régimen de la administración pública es:

- a) el gobernador, vicegobernador, ministros y funcionarios de jerarquía equivalente, fiscal de estado, presidente y vocales del tribunal de cuentas, los subsecretarios, contador general, subcontador, tesorero general, subtesorero, escribano general de gobierno y los secretarios privados de los funcionarios enumerados;
- b) directores generales, directores y directores de organismos de la Constitución e integrantes de directorios de organismos descentralizados, entes autárquicos o interventores;
- c) el personal amparado por el régimen docente;
- d) el que, en razón de las funciones que cumple, deba estar comprendido en un régimen especial, y el aprobado en convenios colectivos de trabajo;

¹¹⁷Ley provincial I N° 37 -Antes Decreto Ley N° 1556/82

- e) el personal de fuerzas regulares de seguridad y defensa, tanto en actividad como retirados, que fueren llamados a prestar servicios de esta naturaleza en el ámbito de la administración pública provincial.

El personal a se clasifica en:

- 1) **planta permanente:** gozan del derecho a la estabilidad en el empleo, capacitación y carrera administrativa.;
- 2) **planta temporaria:** que comprende al personal contratado (encargado de la realización de servicios, cuyo contrato no puede exceder de 1 año de duración), al personal jornalizado o transitorio (destinado a la ejecución de servicios, explotaciones, obras o tareas de carácter temporario, eventual o estacional), y al personal provisional (carácter que posee todo nombramiento durante los 6 meses).

III.b.1. Ingreso

El ingreso a la administración pública provincial, se hará previa acreditación de las siguientes condiciones:

- a) idoneidad para la función o cargo;
- b) ser argentino nativo, por opción o naturalizado, con no menos de 4 años de ejercicio de la ciudadanía;
- c) condiciones morales y de conducta;
- d) aptitud psico-física para la función o cargo;
- e) ser mayor de 18 años y menor de 45 años de edad¹¹⁸.

¹¹⁸El Artículo 7 de la Ley I N° 37 establece excepciones respecto a la fecha límite para el ingreso a la Administración Pública

III.b.2. Inhabilidades

No pueden ingresar a la administración pública provincial:

- a) el condenado o procesado por delito cometido en perjuicio de o contra la administración pública;
- b) el que hubiere sido exonerado de la administración pública;
- c) el que haya sido declarado cesante en la administración pública, en virtud de sanción disciplinaria, hasta 10 años después de la declaración de cesantía;
- d) el que esté comprendido en incompatibilidades;
- e) el condenado por sentencia firme al pago de obligaciones fiscales, hasta tanto no haya pagado sus deudas;
- f) el inhabilitado para el ejercicio de cargos públicos;
- g) el fallido o el concursado civilmente no casuales, hasta que obtenga su rehabilitación.
- h) el que integre o haya integrado en el país o en el extranjero, grupos o entidades que por su doctrina o acción aboguen, hagan pública exteriorización o lleven a la práctica, el empleo ilegal de la fuerza o la negación de los principios, derechos y garantías establecidos en la Constitución nacional y provincial, y en general, quien realice o haya realizado actividades de tal naturaleza, en el país o en el extranjero;
- i) el deudor moroso del fisco, mientras se encuentre en esa situación.

III.b.3. Incompatibilidades

El desempeño de un cargo en la administración pública provincial es incompatible con el ejercicio de otro en el orden nacional, provincial o municipal, como así también para quienes gocen de retiro en las fuerzas armadas u organismos de seguridad nacional o provincial, con excepción de los docentes

y los de carácter profesional técnico y cuando sean cargos de carácter político.

En un mismo servicio, no pueden ejercer funciones en relación jerárquica directa, agentes ligados por matrimonio o parentesco por consanguinidad hasta el tercer grado inclusive; de afinidad hasta el segundo grado o de adopción.

La Ley sobre régimen de acumulación de cargos para el personal de la administración pública provincial y municipal¹¹⁹, complementa lo establecido respecto a las incompatibilidades establecidas por la Ley I N° 37.

III.b.4. Egreso

La relación de empleo del agente en la administración pública provincial, concluye en los siguientes casos:

1. renuncia;
2. cesantía (cese del empleo público);
3. exoneración (cese más la imposibilidad de ingresar a la Administración Pública);
4. baja:
 - a) por supresión de cargo;
 - b) cuando la autoridad competente se oponga por acto expreso a que un nombramiento provisional se transforme en definitivo;
 - c) por fallecimiento;
 - d) por calificación deficiente;
 - e) por quedar comprendido en el régimen de inhabilidades o incompatibilidades;
 - f) por no haber iniciado los trámites jubilatorios en el lapso de 6 meses contados desde la intimación;
5. jubilación.

¹¹⁹Ley provincial I N° 104 -Antes Ley N° 3200

III.b.5. Derechos

El personal tiene derecho a:

- a) estabilidad;
- b) retribución por sus servicios;
- c) igualdad de oportunidades en la carrera administrativa;
- d) licencias, justificaciones y franquicias;
- e) compensaciones, indemnizaciones y subsidios;
- f) asistencia social para sí y su familia;
- g) interposición de recursos;
- h) jubilación o retiro;
- i) renuncia;
- j) traslados y permutas

III.b.6. Deberes

El personal tiene los siguientes deberes:

- a) prestar el servicio en las condiciones de tiempo, forma, lugar y modalidad establecidos por la autoridad competente;
- b) observar una conducta correcta, digna y decorosa;
- c) obedecer toda orden emanada de un superior jerárquico;
- d) guardar la discreción respecto a todos los hechos e informaciones de los cuales tenga conocimiento en el ejercicio o con motivo del ejercicio de sus funciones;
- e) declarar su situación patrimonial, el cambio de estado civil, la nómina de familiares a cargo, otras actividades laborales.
- f) llevar a conocimiento de la superioridad todo acto o procedimiento que pudiera causar perjuicio al Estado o configurar delito;
- g) promover las acciones judiciales cuando públicamente, fuera objeto de imputación delictuosa con motivo de sus funciones.
- h) concurrir a la citación por la instrucción de un sumario;
- i) someterse a examen psico-físico;
- j) capacitarse en el servicio;

- k) mantener vínculos cordiales, demostrar espíritu de colaboración, solidaridad y respeto para con los demás agentes de la Administración Pública;
- l) proceder con cortesía, diligencia y ecuanimidad en el trato con el público;
- m) velar por la conservación de los útiles, objetos y demás bienes que integran el patrimonio del Estado;
- n) excusarse de intervenir en todo aquello donde su actuación pueda originar interpretaciones de parcialidad y/o concurra incompatibilidad ética o moral;
- o) mantener permanentemente actualizado su domicilio;
- p) respetar la vía jerárquica;
- q) no tener embargos.

III.b.7. Prohibiciones

El personal queda sujeto a las siguientes prohibiciones:

- a) efectuar o patrocinar para terceros, trámites o gestiones administrativas, se encuentren o no directamente a su cargo, hasta haber transcurrido 6 meses después de su egreso;
- b) dirigir, administrar, asesorar, patrocinar, representar o prestar servicios, remunerados o no, a personas de existencia visible o jurídica, que gestionen o exploten concesiones o privilegios de la Administración, o que fueren proveedores o contratistas de las mismas;
- c) recibir directa o indirectamente beneficios originados en contratos, concesiones o franquicias que celebre u otorgue la administración en el orden nacional, provincial o municipal;
- d) mantener vinculaciones que le signifiquen beneficios y obligaciones con entidades directamente fiscalizadas por el ministerio o dependencia en la que se encuentra prestando servicios;
- e) realizar con motivo o en ocasión del ejercicio de sus funciones, propaganda, proselitismo, coacción ideológica o de otra naturaleza;

- f) recibir dádivas, obsequios u otras ventajas, con motivo o en ocasión del desempeño de sus funciones;
- g) organizar, propiciar, directa o indirectamente -con propósitos políticos, de homenaje o reverencia a funcionarios en actividad- suscripciones, adhesiones o contribuciones del personal de la administración;
- h) realizar o propiciar actos incompatibles con las normas éticas, de urbanidad y buenas costumbres;
- i) ejercer coacción sexual, solicitar favores sexuales prevaleciendo de una relación jerárquica.

III.c. Ley de Carrera Sanitaria

En 1990 se sancionó la Ley que instituyó la Carrera Sanitaria¹²⁰ a los fines de organizar las actividades destinadas a la atención sanitaria integral de la población y lograr una mayor eficiencia y eficacia de todo el recurso humano que integra el sector. La ley comprende al personal que presta servicios en todo el ámbito del Ministerio de Salud Pública y en la Secretaría de Estado de Prevención de Adicciones y Control de Drogas, con excepción del ministro, ministro-secretario, subsecretarios, sus secretarios privados, asesores, directores generales, directores de zona de salud, jefes de áreas programáticas y personal que cumple tareas administrativas, salvo aquellos que se desempeñan en los establecimientos asistenciales y los programas sanitarios permanentes. Esta norma fue reglamentada mediante el decreto en el año 1994¹²¹.

¹²⁰Ley provincial I N° 80 -Antes Ley N° 2693

¹²¹Decreto provincial N° 914/1994

III.c.1. Régimen de trabajo

El personal de la carrera sanitaria provincial presta servicios bajo un régimen de cargo único, con o sin dedicación exclusiva.

El régimen de dedicación exclusiva es incompatible con cualquier otra tarea relacionada con la profesión del agente, remunerada o no, excepto la docencia y la investigación. Los agentes con dedicación exclusiva cumplen en sus funciones, con 44 horas semanales de labor.

Los agentes sin dedicación exclusiva cumplen sus funciones bajo el siguiente horario:

- a) tiempo reducido de 20 horas semanales;
- b) tiempo parcial de 30 horas semanales;
- c) tiempo completo de 40 horas semanales

III.c.2. Carrera sanitaria

El personal accede a los grados escalafonarios superiores, mediante alguna de las siguientes condiciones:

1. **carrera jerárquica**, basada en el concurso de los respectivos cargos, que se realiza cada 5 años;
2. **carrera de antigüedad y mérito**, basada en la promoción trienal según calificación anual.

El personal sanitario revista en uno de los siguientes agrupamientos según su formación:

- **Agrupamiento A:** comprende los cargos para cuyo desempeño se

requiere título universitario habilitante expedido por universidades argentinas o reconocido válido de acuerdo a las leyes y tratados que regulan el ejercicio profesional en el ámbito nacional, o título de nivel superior. Este agrupamiento comprende a:

- Clase I: los profesionales de carrera universitaria de 4 o más años de duración, quienes deben estar debidamente matriculados en su colegio o consejo de ley.
- Clase II: los profesionales con título de nivel superior de menos de 4 años de duración, quienes deben estar debidamente matriculados en su colegio o consejo de ley.

- **Agrupamiento B:** comprende los cargos para cuyo desempeño es necesario poseer título expedido por escuela de nivel secundario.

Comprende a:

- Clase I: las formaciones de niveles secundarios completos que corresponden al agrupamiento, más especialización técnica.
- Clase II: las formaciones de niveles secundarios completos que corresponden al agrupamiento.
- Clase III: las demás formaciones con ciclo básico completo.

- **Agrupamiento C:** corresponde a los cargos para cuyo desempeño se requiere formación primaria completa más cursos específicos referentes al área de salud de 9 meses a 2 años de duración o formación primaria completa. Comprende a:

- Clase I: título primario completo más formación específica.
- Clase II: título primario completo.

- **Agrupamiento D:** Comprende a los cargos a desempeñar por agentes

sin instrucción primaria completa. Comprende a:

- Clase I: los cargos que requieren conocimientos empíricos específicos.
- Clase II: los demás cargos que no requieren conocimientos empíricos específicos

III.d. Personal contratado por el Parque de la Salud

Como se señaló previamente, en el año 2010 se creó el Parque de la Salud “Dr. Ramón Madariaga¹²²” como ente público descentralizado, administrado por una Fundación. Al reglamentarse dicha Ley¹²³, se autorizó al Parque a efectuar la adhesión a regímenes laborales y convenios adecuados al caso, teniendo en consideración el régimen jurídico básico para la función de la administración pública provincial.

En el año 2015, la Fundación Parque de la Salud aprobó un reglamento del personal temporario contratado con relación de dependencia¹²⁴ el cual fue ratificado por la Ley de Ejercicio Financiero año 2016¹²⁵.

Las características del personal contratado por el Parque de la Salud es que la relación laboral está regida por un contrato con relación de dependencia de carácter temporario. El plazo máximo del contrato no excede de 1 año, sin perjuicio de la renovación o prórroga del mismo. Es decir, no otorga estabilidad

¹²²Ley provincial XVII N° 70

¹²³Decreto provincial N° 83/2011

¹²⁴Resolución N° 31/15 del Consejo de Administración de la Fundación Parque de la Salud “Dr. Ramón Madariaga”

¹²⁵Ley provincial VII N° 79

permanente como el régimen de la administración pública.

La carga horaria del personal contratado es la siguiente:

- Tiempo completo, de 40 horas semanales.
- Tiempo parcial, inferior a 40 horas semanales

Lo referido a condiciones de ingreso y egreso, deberes, inhabilidades e incompatibilidades, prohibiciones, licencias y régimen disciplinario es similar (aunque no idéntico) al régimen jurídico básico de la administración pública¹²⁶.

Las principales diferencias con este último régimen son:

- No hay estabilidad permanente
- No hay calificaciones
- No hay concursos
- No hay carrera jerárquica ni de mérito

III.e. Ética profesional

Más allá del compendio de normas jurídicas que disponen los derechos y obligaciones del personal sanitario, es importante tener en cuenta los documentos que establecen las obligaciones éticas del equipo de salud.

La ética es una rama de la filosofía que estudia lo correcto o equivocado del comportamiento humano, la moral, la virtud, el deber, la felicidad y el buen vivir. Casi todas las profesiones vinculadas a la salud que están colegiadas tienen su **código de ética**, que reconoce como fuente el Juramento Hipocrático del siglo V AC. El código de ética es un documento con una serie de principios,

¹²⁶Ley provincial I N° 37 -Antes Decreto Ley N° 1556/1982

normas y valores que han sido establecidos para regular las conductas y actitudes de las personas que forman parte de un mismo contexto, bien sea con respecto a una profesión, organización o empresa. El incumplimiento de dichas normas por parte de los profesionales puede acarrear la aplicación de sanciones disciplinarias, aplicadas por el tribunal de ética de cada colegio.

Los códigos deontológicos suelen establecer obligaciones respecto a los pacientes, colegas, el propio colegio y la sociedad toda. Los principales deberes deontológicos demandan tratar dignamente al paciente y respetar su decisión, prohíben difamar, injuriar o calumniar al colega, obligan a mantener la confidencialidad, exigen hacer publicidad de sus servicios de manera mesurada y decorosa, desalientan la competencia desleal, imponen la defensa los honorarios profesionales, requieren que cumplan los mandatos del Colegio, etc.

Se denomina **deontología** al estudio o la ciencia de los deberes u obligaciones profesionales. Sin embargo, la ética profesional no es sólo una ética deontológica (de los deberes) sino también una ética de las virtudes (del carácter) y una ética consecuencialista (responsabilidad).

No sólo aquellos que ostenten un título universitario poseen obligaciones éticas, sino en general todo el personal que se desempeña en el ámbito sanitario, incluyendo técnicos, auxiliares y administrativos. La Asociación Médica Argentina y la de la Sociedad de Ética en Medicina elaboró un Código de Ética para el Equipo de Salud¹²⁷ con el objetivo que sirva de guía y ayuda para todos los miembros del equipo de salud.

¹²⁷Hurtado Hoyo et al. “Código de ética para el equipo de salud” Asociación Médica Argentina. 3ra ed. Mendoza. Universidad del Aconcagua. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2016

III.f. Bioética

También merece tener en cuenta el surgimiento de la bioética a partir de la década del 70¹²⁸ a partir de una serie de eventos que se sucedieron a mediados del siglo XX, entre los que se puede mencionar: la creciente especialización y deshumanización de la atención médica, asociadas a la utilización de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas, la posibilidad de manipulación de las funciones vitales (genética), la creación de las terapias intensivas, donde se generarían nuevos dilemas éticos en relación con la muerte, el inicio de los trasplantes de órganos y de la reproducción asistida, los experimentos realizados en seres humanos (en los campos de concentración de la Segunda Guerra Mundial, en Tuskegee, Alabama, EEUU), etc.

La bioética es una rama de la ética dedicada a proveer los principios para la conducta más apropiada del ser humano respecto a la vida, tanto de la vida humana como de la vida no humana (animal y vegetal), así como al ambiente. A diferencia de la ética médica, la bioética no se limita al ámbito médico, sino que incluye todos los problemas éticos que tienen que ver con la vida en general, extendiendo de esta manera su campo a cuestiones relacionadas con el medio ambiente y al trato debido a los animales.

En 1979, los bioeticistas Tom Beauchamp y James Franklin Childress, formularon cuatro principios de la bioética para la práctica clínica: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia¹²⁹.

- **Autonomía:** implica la obligación de respetar los puntos de vista de

¹²⁸ Van Rensselaer, P. “Bioethics: Bridge to the Future”. Prentice Hall. New Jersey. 1971

¹²⁹ Beauchamp TL, Childress JF. “Principles of Biomedical Ethics”. 6ª ed. Oxford University Press. New York. 2009

una persona y sus elecciones, basadas en sus valores y creencias personales. El respeto por la autonomía del paciente obliga a los profesionales a revelar información, a asegurar la comprensión y a potenciar la participación del paciente en la toma de decisiones.

- **No maleficencia:** implica no hacer daño intencionadamente.
- **Beneficencia:** obliga a actuar en beneficio de los otros.
- **Justicia:** implica dar un tratamiento equitativo y apropiado a la luz de lo que es debido a una persona.

Estos principios no son absolutos sino siempre *prima facie*, lo que implica que la obligatoriedad de los mismos es relativa a la aparición de lo que se entienda una obligación mayor. Beauchamp y Childress no admiten una jerarquía entre los principios y los consideran al mismo nivel.

La falta de jerarquización de los principios entre sí produjo la crítica a esta bioética principialista, dando lugar a otras corrientes que jerarquizan los mismos y le dan un fundamento ontológico y antropológico (como la bioética personalista de Elio Sgreccia¹³⁰ que destaca el principio de la defensa de la vida física por sobre los principios de totalidad, libertad y responsabilidad, y sociabilidad y subsidiariedad).

La difusión de estos principios en los ámbitos sanitarios motivó la necesidad de conformar comités de ética. Tanto en el ámbito nacional¹³¹ como en el provincial¹³², se dispuso por ley la obligación de crear Comités Hospitalarios de

¹³⁰ Sgreccia, E. “Manual de Bioética: Fundamentos y ética biomédica”. 1ra ed. Editorial Biblioteca de Autores Cristianos. Madrid. 2014

¹³¹ Ley nacional N° 24742. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar/>

¹³² Ley provincial XVII N° 54 – Antes Ley N° 4334. Disponible en <http://digestomisiones.gob.ar>

Ética, que cumplan funciones de asesoramiento, estudio, docencia y supervisión de la investigación respecto de aquellas cuestiones éticas que surgen de la práctica de la medicina hospitalaria, y que se integren por un grupo interdisciplinario de personas que analizan y emiten opiniones y dictámenes sobre los distintos dilemas éticos que surgen de la práctica asistencial y de la investigación.

Los conflictos morales o dilemas éticos que usualmente requieren del asesoramiento de dichos comités de ética refieren a calidad de vida, eugenesia, aborto, eutanasia, tecnologías reproductivas, confidencialidad, autonomía del paciente, etc.

III.g. Bioética y salud pública

Existe una diferencia teórica entre la bioética clínica y la salud pública. Esa diferencia se genera por el propio objetivo particular de ambas perspectivas. La bioética clínica está orientada a la toma de decisiones en el marco de conflictos éticos entre médico y paciente, es decir, se aplica ante dilemas individuales. Por su parte, la salud pública tiene un objetivo mucho más general, que contempla la garantía del acceso a la salud de la ciudadanía y la gestión de las políticas públicas en materia de salud. La bioética clínica interviene sobre el individuo mientras que la salud pública interviene sobre la sociedad. Por ello, para que la bioética y la salud pública se encuentren y promuevan la salud y el bienestar individual y colectivo es necesario unir la lucha por el derecho a la salud con la lucha por los demás derechos económicos, culturales y sociales ¹³³.

¹³³ Penchaszadeh, V. (2007) Bioética y salud pública: encuentros y desencuentros, Universidad nacional de Colombia

La salud pública tiene algunas características que representan la mayor parte del contenido de su ética: Se trata de un bien público, pone énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, requiere una acción gubernamental e implica una intrínseca orientación hacia los resultados.

Se deben ubicar los cuatro principios de la bioética clínica en una ética de carácter social, en la que se afronte la promoción de la ética institucional con una mejor gerencia y condiciones laborales, la elaboración de políticas públicas de salud y de distribución de recursos sobre la base del logro de equidad, y la evolución hacia un sistema de salud más justo, de acuerdo con las exigencias y necesidades de la sociedad.

Kottow plantea una **ética de la protección**, la que implica *“la actitud de dar resguardo o cobertura de necesidades esenciales, es decir, aquellas que deben ser satisfechas para que el afectado pueda atender a otras necesidades u otros intereses”*¹³⁴. Esta ética concibe al ser humano como ser social que comparte un entorno definido por fronteras delineadas por políticas públicas específicas.

Los conflictos éticos que debe enfrentar la salud pública son, entre otros, los siguientes¹³⁵:

- El papel del gobierno para influir o coartar las conductas relacionadas con la salud.
- El empleo de premios (incentivos económicos) o castigos (impuestos) para promover la salud.
- El equilibrio entre intervención pública y autonomía individual.

¹³⁴ Kottow, M. (2011) “Bioética pública: una propuesta”, Revista Bioética, vol. 19, núm. 1, 2011, pp. 61-76, Conselho Federal de Medicina, Brasília

¹³⁵ Cfr. Petrini, C.; Gainotti, S. y Requena, P. Personalism for public health ethics. Ann Ist Super Sanità, 46, 2, 2010, págs. 204-9

- La definición de un nivel de riesgo socialmente aceptable.
- La justa distribución de riesgos y beneficios entre la población.
- La necesidad de aportar respuestas definitivas o recomendaciones basándose en datos inciertos.
- Las intervenciones compulsivas (cribados, pruebas, vacunaciones, etc.) administradas de manera que incumplen los requisitos del consentimiento informado.
- El acceso equitativo a la asistencia sanitaria.
- La reducción de la variabilidad clínica y la procuración de la prestación de un servicio de calidad.

Para sintetizar, los problemas éticos en salud pública se identifican cuando colisionan los derechos individuales y el interés público.

III.h. Leyes sobre ética en la función pública

Por si no bastaba con la existencia de códigos deontológicos y demás documentos éticos como los señalados, el Estado consideró necesario emitir una serie de leyes que impongan las normas de comportamientos de los funcionarios públicos, estableciendo, además una serie de sanciones a quienes desconociesen la obligatoriedad de las mismas. Se señalan algunas de ellas.

III.h.1. Ley Provincial de enriquecimiento ilícito de funcionarios públicos

Esta norma regula los procedimientos para la sanción de los actos considerados como enriquecimiento ilícito de funcionarios públicos¹³⁶. Entiende como

¹³⁶ Ley provincial IV N° 21 -Antes Ley N° 2666. Disponible en <http://digestomisiones.gob.ar>

enriquecimiento ilícito la acción de lucrar “*en beneficio propio o de terceros, directa o indirectamente, o por interpósita persona, mediante el ejercicio abusivo, ilícito o deshonesto de sus funciones, o mediante la influencia o conocimientos derivados de ellas, o que recibieren dádivas de cualquier naturaleza*”. Están comprendidos los siguientes funcionarios:

- a) los que desempeñen cargos electivos;
- b) magistrados del poder judicial y los funcionarios hasta la categoría de subdirector inclusive;
- c) ministros, subsecretarios, fiscal de estado, tesorero general, contador general, jefe de asesores, directores y subdirectores de reparticiones públicas en general;
- d) personal de la policía de la provincia y del servicio penitenciario hasta la jerarquía de subcomisario o su equivalente, inclusive;
- e) miembro de directorio y directores generales o equivalentes de organismos autárquicos, descentralizados, organismos de la Constitución, empresas del Estado o sociedades mixtas con mayoría estatal.

Se dispone que todo funcionario público, debe presentar dentro de los 15 días de iniciar sus funciones, una declaración jurada (en adelante DDJJ) de todos sus bienes, rentas e ingresos de cualquier naturaleza como así las deudas que tuviere. La DDJJ debe incluir la declaración de bienes, las rentas, bienes y deudas del cónyuge y de las personas sometidas a la patria potestad, tutela o curatela del obligado al cumplimiento de este requisito. Esta obligación deberá renovarse cada 2 años, asimismo dentro de los 15 días del cese de funciones y en cada oportunidad en que se produzcan modificaciones significativas en la situación

patrimonial del obligado.

Las DDJJ y sus modificaciones serán reservadas. La Fiscalía de Estado sólo las facilitará:

- a) cuando sean requeridas por los poderes u organismos de los cuales dependan los funcionarios públicos;
- b) cuando lo requiera una autoridad judicial;
- c) cuando el firmante de una DDJJ, la libere de la reserva.

La sanción establecida para aquellos funcionarios que se hayan enriquecido ilícitamente es la exoneración con inhabilitación absoluta para ejercer cargos en cualquiera de los poderes del Estado, organismos autárquicos, empresas del Estado, sociedades mixtas con participación estatal mayoritaria u organismos de la Constitución.

III.h.2. Ley Nacional de Ética en el Ejercicio de la Función Pública

En el año 1999 el poder legislativo nacional sancionó esta norma¹³⁷ que busca cumplir el mandato de la Constitución nacional reformada en 1994 que ordena al Congreso la sanción de "*...una ley sobre ética pública para el ejercicio de la función*" (art. 36, último párrafo, ubicado en el capítulo segundo de la primera parte, bajo el título "Nuevos derechos y garantías"). Su objetivo fue implementar procedimientos para lograr la transparencia del obrar público, principalmente en el manejo de los fondos, del patrimonio y de los procedimientos de actuación y decisión gubernativas.

¹³⁷ Ley nacional N° 25188

Sus contenidos son los siguientes:

- Pautas de comportamiento ético de los funcionarios y empleados públicos
- Régimen de declaraciones juradas de funcionarios y empleados públicos
- Inhabilidades e incompatibilidades de funcionarios y empleados públicos
- Régimen de obsequios a los funcionarios y empleados públicos
- Creación, en el ámbito del Congreso, de la Comisión Nacional de Ética Pública como órgano independiente, con autonomía funcional.

Respecto a esta última, en el año 2013 se derogó esta Comisión Nacional de Ética Pública¹³⁸. En la actualidad, la ley de ética de la función pública carece de una única autoridad de aplicación y cada Poder del Estado reglamenta la manera de recibir las DDJJ y aplicar su normativa. En el ámbito del poder ejecutivo nacional se creó la Oficina Anticorrupción y luego la Secretaría de Ética Pública, Transparencia y Lucha contra la Corrupción¹³⁹.

III.h.3. Código de Ética de la Función Pública

En el año 1999 también se aprobó un Código de Ética de la Función Pública¹⁴⁰ aplicable a los funcionarios del poder ejecutivo nacional. Considera como "función pública" a toda actividad temporal o permanente, remunerada u honoraria, realizada por una persona humana en nombre del Estado o al servicio

¹³⁸ Ley nacional N° 26857

¹³⁹ Decreto nacional N° 226/2015

¹⁴⁰ Decreto nacional N° 41/1999

del Estado o de sus entidades, en cualquiera de sus niveles jerárquicos. Y concibe como "funcionario público" a cualquier empleado del Estado o de sus entidades, incluidos los que han sido seleccionados, designados o electos para desempeñar actividades o funciones en nombre del Estado o al servicio del Estado, en todos sus niveles jerárquicos. Es decir, considera como sinónimos los términos "funcionarios", "servidor", "agente", "oficial" o "empleado".

Establece los siguientes principios generales:

- **Probidad.** El funcionario público debe actuar con rectitud y honradez, procurando satisfacer el interés general y desechando todo provecho o ventaja personal, obtenido por sí o por interpósita persona. También está obligado a exteriorizar una conducta honesta.
- **Prudencia.** El funcionario público debe actuar con pleno conocimiento de las materias sometidas a su consideración, con la misma diligencia que un buen administrador emplearía para con sus propios bienes. El ejercicio de la función pública debe inspirar confianza en la comunidad. Asimismo, debe evitar acciones que pudieran poner en riesgo la finalidad de la función pública, el patrimonio del Estado o la imagen que debe tener la sociedad respecto de sus servidores.
- **Justicia.** El funcionario público debe tener permanente disposición para el cumplimiento de sus funciones, otorgando a cada uno lo que le es debido, tanto en sus relaciones con el Estado, como con el público, sus superiores y subordinados.
- **Templanza.** El funcionario público debe desarrollar sus funciones con respeto y sobriedad, usando las prerrogativas inherentes a su cargo y los medios de que dispone únicamente para el

cumplimiento de sus funciones y deberes. Asimismo, debe evitar cualquier ostentación que pudiera poner en duda su honestidad o su disposición para el cumplimiento de los deberes propios del cargo.

- **Idoneidad.** La idoneidad, entendida como aptitud técnica, legal y moral, es condición esencial para el acceso y ejercicio de la función pública.
- **Responsabilidad.** El funcionario público debe hacer un esfuerzo honesto para cumplir con sus deberes. Cuanto más elevado sea el cargo que ocupa un funcionario público, mayor es su responsabilidad para el cumplimiento de las disposiciones de este Código.

Y también dispone de principios particulares, como los de aptitud, capacitación, legalidad, veracidad, discreción, transparencia, presentación de declaración jurada patrimonial y financiera, obediencia, equidad, igualdad de trato, uso adecuado de los bienes del estado, colaboración, obligación de denunciar actos que pudieran causar perjuicio al Estado o constituir un delito, dignidad y decoro, honor, tolerancia, entre otros.

CAPÍTULO IV

USUARIOS DEL SISTEMA SANITARIO

IV.a. Definición de usuario del sistema sanitario

Una de las preguntas que cabe hacerse es qué rol asume la persona que acude al sistema en busca de una prestación de salud ¿Es un enfermo? ¿Es un paciente? ¿Es un consumidor o cliente? ¿Es un ciudadano?

Cada una de estas expresiones tiene un alcance distinto. Si se asume que es un enfermo, dejamos de lado aquellas personas que acuden para realizarse controles periódicos, chequeos, para prevenir la aparición de enfermedades. Si se lo entiende como un paciente, lo estamos encasillando como un sujeto pasivo, que espera, que no es protagonista del cuidado de su salud. Si se lo caracteriza como un consumidor, estamos mercantilizando la salud, comprendiendo únicamente aquellos prestadores que actúan como una empresa prestadora de servicios que tenga por objeto el uso de servicios por parte de sus clientes.

Tal vez la mejor manera de definir a la persona que acude al sistema es comprenderlo como un usuario de servicios de salud, ya que este término refleja a un sujeto activo en el desarrollo de sus procesos de atención y recuperación, protagonista en el cuidado de su salud. Un sujeto que no se limita a esperar, sino que pregunta, cuestiona, participa y puede buscar segundas opiniones.

Y si a ello se agrega que el que presta el servicio de salud es el Estado, el usuario es, a la vez, un ciudadano al que se le brinda un servicio público.

La relación que se establece entre el usuario y el sistema siempre se ha caracterizado por ser asimétrica, ya que una de las partes cuenta con los conocimientos científicos y medios técnicos necesarios para proteger, curar y recuperar la salud, mientras que la otra no. Por eso se ha dicho que la relación médico / paciente siempre ha sido de tipo verticalista, paternalista, donde el primero ejerce la labor del padre que todo lo sabe y el segundo de hijo, que confía y obedece. Los textos clásicos de ética médica decían que la relación médico paciente no tenía que ser despótica, sino patriarcal. El paciente no era autónomo, ya que la enfermedad lo privaba de tomar decisiones.

La autonomía aplicada a la ética médica aparece en la era moderna con Immanuel Kant, pero esto recién impacta en el mundo sanitario en la segunda mitad del siglo XX. Hay una revolución donde se emancipa al paciente. Empieza a reconocerse los derechos de los pacientes a través de documentos éticos, de fallos judiciales y luego por medio de normas jurídicas.

IV.b. Necesidad y demanda en salud

Antes de la Revolución Industrial se pensaba que el ambiente y el clima eran los condicionantes de las necesidades de salud. A mediados del siglo XVII, en Inglaterra, Francia y Alemania, comienza a percibirse la importancia del ambiente socio económico en la causación de las enfermedades.

En el siglo XX, hasta la década del 70, la oferta de servicios de salud era programada sobre criterios establecidos por los sanitaristas (cantidad de médicos por habitante, disposición de camas, distribución de equipamiento, etc.). El gasto sanitario se expandía hasta alcanzar una oferta que se considerase adecuada para satisfacer lo que se consideraban necesidades de la salud de la

población. Algunos informes¹⁴¹ empezaron a mostrar cómo los estados invertían los recursos públicos en la asistencia sanitaria (equivalente al 90% del gasto), mientras que la mayoría de las muertes eran ocasionadas por otros factores determinantes, como el estilo de vida, la biología humana y por el medio ambiente.

Esta programación de oferta generó una “necesidad sentida”. La población empezó a tomar conciencia de su estado de salud, a consumir más y exigir mejores servicios. Ya no buscó simplemente minimizar el dolor o curarse, sino que empezó a exigir ser más sano, más fuerte, más joven, más atractivo (noción de bienestar).

De la necesidad sentida del paciente se pasó a la demanda de un consumidor impaciente, cuya satisfacción se hizo cada vez más difícil de lograr, produciéndose inclusive en algunos casos un divorcio entre las necesidades y las demandas en salud.

Usualmente, en los mercados, la demanda de un servicio está determinada por el precio que está dispuesto a pagar el consumidor. Pero en salud, esto no necesariamente es así. El lucro no es por sí solo un motivo para brindar servicios de salud, ya que existen muchas instituciones públicas y privadas sin fines de lucro. Además, el consumo no depende de una elección racional del paciente, que muchas veces no puede prever la necesidad. La salud, el bienestar, la dicha tienen un valor intrínseco, en sí mismo, no meramente un valor de intercambio (precio).

Existen componentes subjetivos y objetivos que condicionan la demanda en

¹⁴¹ Lalonde, M. “A new perspective on the health of Canadians: A working document”. Ottawa. 1974

salud. Dentro de los subjetivos está la confianza que deposita el individuo en el sistema y su capacidad de respuesta. Mientras que los objetivos son:

- Demográficos, como la edad (los niños y ancianos utilizan más servicios que otros grupos etarios), el género (las mujeres, sobre todo en edad fértil, utilizan más servicios que los varones).
- Sociales (las clases de menores ingresos y desempleadas son más vulnerables y tienen mayor morbilidad y mortalidad).
- Educativos (la educación influye en la adquisición de hábitos saludables y en la prevención de las enfermedades).
- Epidemiológicos (en las sociedades desarrolladas prevalecen las enfermedades crónicas no transmisibles, mientras que en las demás hay una doble o triple carga de enfermedad: a las enfermedades transmisibles se le agregan las infecciosas, la desnutrición y otras causas externas, como los accidentes de tránsito y las violencias).

IV.c. Derechos de los usuarios de servicios de salud

La Ley nacional que regula el ejercicio de la medicina¹⁴² dispuso que los profesionales que ejerzan la medicina están obligados a asistir a los enfermos cuando la gravedad de su estado así lo imponga y hasta tanto, en caso de decidir la no prosecución de la asistencia, sea posible delegarla en otro profesional o en el servicio público correspondiente; respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio o de delitos; solicitar la conformidad por escrito del enfermo en las operaciones

¹⁴² Ley nacional N° 17132

mutilantes, salvo cuando la inconsciencia o alienación o la gravedad del caso no admitiera dilaciones; entre otros.

En Misiones, la Ley de Salud¹⁴³ reconoció los siguientes **derechos** a los habitantes de la provincia en relación al sistema de salud:

- a) el respeto a su personalidad, dignidad humana e identidad individual y cultural;
- b) la inexistencia de discriminación por razones de género, económicas, culturales, sociales, religiosas, raciales o de cualquier otra naturaleza;
- c) la privacidad, intimidad y confidencialidad absolutas de la información atinente a su enfermedad, diagnóstico, tratamiento, pronóstico y/o proceso de recuperación; salvo que su enfermedad revista carácter de riesgo para la salud pública en este caso corresponde la obligación de denunciar la misma ante las autoridades de aplicación más cercanas a su domicilio;
- d) el derecho a la información completa y comprensible sobre su proceso de salud, enfermedad, diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, secuelas y discapacidad, el acceso irrestricto a su historia clínica, y a la recepción de la información por escrito al ingresar o egresar de los centros asistenciales;
- e) la facultad de rehusarse al tratamiento, con pleno conocimiento de su enfermedad, con garantía de información recibida (consentimiento informado), asumiendo en forma absoluta la responsabilidad de su decisión, con constancia escrita en historia clínica; salvo en los casos de inconsciencia, coma, alteraciones de sus facultades mentales o de riesgo para su vida o para la salud pública, cuando sea mayor de edad.

¹⁴³ Ley provincial XVII N° 58 -Antes Ley N° 4388

En el caso de menores o inhabilitados, sus padres, tutores o curadores, fehacientemente acreditados, poseen dicha facultad en representación de los pacientes mencionados y con intervención del Ministerio Pupilar;

- f) la negativa a ser sometido a tratamiento médico o quirúrgico que implique riesgo para su integridad física, su salud o su vida, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada a darlo legalmente si la primera estuviera impedida de hacerlo, salvo en los casos de emergencia o urgencia o cuando exista riesgo para la salud pública;
- g) la participación voluntaria en las actividades de salud, conforme los mecanismos que fije la reglamentación;
- h) la gratuidad y accesibilidad a los servicios de promoción, atención, rehabilitación y protección de la salud y prevención de enfermedades;
- i) la recepción de servicios de emergencia y urgencias, primeros auxilios y de atención médico quirúrgica en la vía pública, cuando lo necesite y mientras subsista el estado de riesgo para su vida o su salud;
- j) la libre elección del profesional y centro asistencial en la medida de las posibilidades del servicio;
- k) a que el profesional actuante solicite su consentimiento informado y fehaciente, previo a la realización de cualquier estudio o tratamiento o para ser parte de actividades docentes o de investigación;
- l) la internación conjunta de la madre y el niño, salvo en aquellos casos en que se requiera de internaciones en terapia intensiva neonatal o pediátrica o insania mental o alienación;
- m) la optimización de la calidad de vida hasta el fallecimiento en caso de enfermedades terminales, con implementación de cuidados paliativos previa evaluación y sugerencia de los comités de bioéticas, con constancia y certificación en la historia clínica;

- n) la posibilidad de acceder a vías de reclamos, quejas, sugerencias y propuestas expeditas y habilitadas en el centro asistencial en que se atiende y ante instancias superiores, en caso de resultar necesario;
- o) la libertad absoluta de ejercer sus derechos reproductivos, garantizada por el acceso a información correcta, precisa y actualizada, capacitación para la toma de decisiones, acceso
- p) a atención especializada y la provisión de los distintos tratamientos o métodos elegidos para el ejercicio de la misma, que no impliquen riesgo de vida para los usuarios;

Finalmente, la norma aclara que dicha enumeración es enunciativa y no excluye a otros derechos no enumerados que sean consecuencia directa de los citados y aquellos que deriven de la Constitución nacional, de pactos internacionales y de la Constitución provincial.

El Estado provincial, a través del Ministerio de Salud Pública, garantiza los derechos enunciados en el ámbito del subsector estatal, fiscalizando su cumplimiento en el subsector privado dentro de los límites de su competencia.

A nivel nacional, la Ley que regula los derechos de los pacientes en su relación con los profesionales e instituciones de la salud¹⁴⁴ enumeró los siguientes:

- a) **Asistencia.** El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante

¹⁴⁴ Ley nacional N° 26529

sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente;

- b) **Trato digno y respetuoso.** El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes;
- c) **Intimidad.** Toda actividad médico - asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles;
- d) **Confidencialidad.** El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente;
- e) **Autonomía de la voluntad.** El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.
- f) **Información Sanitaria.** El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.

- g) **Interconsulta Médica.** El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

La reglamentación de esta ley fue dada por el Decreto nacional N° 1089/2012.

Además de estos derechos, la norma regula lo referido a la información sanitaria, el consentimiento informado y la historia clínica.

La **información sanitaria** es el informe sobre el estado de salud del paciente, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos. Esta información debe brindarse de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente. Sólo podrá ser brindada a terceras personas, con autorización del paciente. Y en el caso de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información podrá ser brindada a su representante legal o, en su defecto, al cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad.

El **consentimiento informado** es la declaración de voluntad efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir información sanitaria por parte del profesional interviniente. Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere el previo consentimiento informado del paciente.

Finalmente, la **historia clínica** es el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por

profesionales y auxiliares de la salud. El titular de dicho documento es el paciente, quien puede requerir en cualquier momento que se le suministre copia de la historia clínica, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial. Los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, en su calidad de titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios, y debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas. El depósito o guarda de la historia clínica debe regir durante el plazo mínimo de 10 años computados desde la última actuación registrada.

La norma también contempla la posibilidad de la utilización de la historia clínica informatizada o electrónica, exigiendo que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad¹⁴⁵.

Posteriormente se reconoció legislativamente el “**derecho a morir con dignidad**”¹⁴⁶, que implica que el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el

¹⁴⁵ En Misiones, en 2014 se sancionó la Ley XVII N° 85 que creó el sistema de historia clínica electrónica única (HCEU) para que funcione en todos los establecimientos públicos o privados de la provincia

¹⁴⁶ Ley nacional N° 26742

derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable. En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente (lo que se denomina cuidados paliativos).

Todos estos derechos fueron luego tomados en cuenta por el nuevo Código Civil y Comercial de la nación¹⁴⁷, que en el capítulo 3 se refiere a los derechos y actos personalísimos de la persona humana (inviolabilidad de la persona humana, protección de la dignidad personal, derecho a la imagen, prohibición de actos de disposición del propio cuerpo que ocasionen una disminución permanente de su integridad o resulten contrarios a la ley, la moral o las buenas costumbres, prohibición de toda práctica destinada a producir una alteración genética del embrión que se transmita a su descendencia, investigación médica en seres humanos, consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud, directivas médicas anticipadas y disposiciones sobre exequias).

IV.d. Obligaciones de los usuarios de servicios de salud

El Estado, en búsqueda de procurar poner en un pie de igualdad a ambas partes

¹⁴⁷ Ley nacional N° 26994

de la relación médico/paciente y de proteger a quien entiende como la parte más débil de dicha relación, ha dictado numerosas normas que consagran derechos de los usuarios del sistema. Pero esto no significa que no posean deberes. El usuario debe ser el promotor de su propia salud y debe conocer las capacidades para cuidarse a sí mismo y a su entorno.

En este sentido, cabe resaltar que la Ley de Salud provincial¹⁴⁸, además de reconocer los derechos, también dispone cuáles son las **obligaciones** de las personas en su relación con el sistema de salud y con los servicios de atención:

- a) las acciones tendientes al mejoramiento, conservación y recuperación de su salud y de la salud de las personas a su cargo;
- b) las prácticas de higiene destinadas a prevenir la aparición y propagación de enfermedades transmisibles y la prevención de la contaminación ambiental;
- c) la participación en el mejoramiento de la cultura sanitaria de su comunidad;
- d) las acciones de colaboración integral con las entidades públicas para prevención y mitigación de desastres naturales, tecnológicos o derivados de conflictos sociales, para reducir efectos nocivos sobre la salud de la población;
- e) el aporte multidisciplinario en la tarea de establecer un mapa de riesgos laborales para la salud de los trabajadores;
- f) la formulación de propuestas en el control de los accidentes, a través del conocimiento de las causas que producen los mismos y las acciones dirigidas a la investigación de aquéllas;
- g) promover investigaciones y participación de la comunidad en la

¹⁴⁸ Ley provincial XVII N° 58 -Antes Ley 4388

prevención, eliminación o control de situaciones que favorezcan la violencia en todas sus formas;

- h) las acciones de responsabilidad de la educación sexual de las personas a su cargo y la participación y el acompañamiento al desarrollo de programas de educación sexual, conjuntamente con los de prevención de la violencia y abuso sexual;
- i) la realización permanente de acciones intersectoriales dirigidas a la atención integral de la salud de las personas de edad avanzada, para el logro de su plena integración social, con garantía de bienestar en todos sus aspectos;
- j) el cuidado en el uso y conservación de las instalaciones, los materiales y equipos médicos que se pongan a su disposición;
- k) la suscripción de la historia clínica y el alta voluntaria si hubiere lugar, cuando no se acepten las indicaciones diagnóstico terapéuticas bajo su exclusiva responsabilidad, asumiendo los riesgos y secuelas que esto implique y la decisión fuera tomada en pleno ejercicio de sus facultades mentales y jurídicas;
- l) prestar información veraz sobre sus datos personales, vínculos familiares, antecedentes epidemiológicos y condiciones económico sociales, fehacientemente acreditados, cada vez que ingrese a algún efector de salud público o privado;
- m) denunciar cualquier enfermedad que conlleve algún riesgo para la salud pública;
- n) considerar a la autopsia anatómico clínica con valor para el comité científico, como un método diagnóstico más, que certifique fehacientemente la causa de muerte, negando la misma cuando haya causa legal válida.

IV.e. Ética ciudadana y del usuario

El usuario del sistema de salud no solamente está obligado a cumplir las leyes, sino que también es indispensable que posea una ética ciudadana. En una sociedad democrática y pluralista, la ética es fundamental, porque si los ciudadanos procuran satisfacer únicamente sus intereses privados (salud individual) y no el bien común (salud pública), la sociedad no funciona.

El usuario del sistema de salud posee autonomía, libertad de elección, de expresión, de conciencia, de autodeterminación. Pero ello no debe derivar en un individualismo a ultranza, ya que los seres humanos no somos seres aislados, sino individuos en relación. El extremo opuesto, el colectivismo, tampoco es la respuesta adecuada ya que en este último modelo el individuo se disuelve en la colectividad. Lo más adecuado es el personalismo, en el que cada ser humano, cada usuario o ciudadano es reconocido con la dignidad de persona, un individuo en comunidad, en sociedad. Respetando a la persona se salva a la comunidad.

Cabe tomar en cuenta la propuesta de “principalismo jerarquizado” que realiza Diego Gracia¹⁴⁹ en relación al esquema de los cuatro principios de Beauchamp y Childress. Según esta aproximación, los cuatro principios de la bioética se organizan de modo que algunos quedan dentro de una ética de máximos, o privada, y otros dentro de una ética de mínimos.

Así, la beneficencia y la autonomía son principios que se explican desde la referencia a un individuo, portador de un sistema de creencias, desde el cual define su proyecto vital y, conforme al cual determina lo que necesita. Este es un

¹⁴⁹ Gracia D. Fundamentos de Bioética. 2ª ed., Triacastela. Madrid. 2007

ámbito privado, en el que nadie puede ni debe interferir. **Se refieren a los máximos a los que una persona aspira**, los que dotan de sentido su actuación moral, la guía de sus comportamientos y convicciones.

Por su parte, los principios de no maleficencia y justicia se refieren más bien a aquellos elementos que aseguran la supervivencia, como base para la posterior toma de decisiones de carácter personal. El primero asegura la integridad física de las personas. Es la garantía de que los seres humanos no serán dañados, ya sea por ejecución de una acción dañina o por omisión de una acción debida para evitar el daño. El segundo asegura la no discriminación, el acceso igualitario a los bienes y recursos sociales (en este caso, sanitarios). Estos dos principios que se refieren a lo público, **constituyen el nivel de mínimos**, y tienen preeminencia sobre los principios del nivel de máximos (autonomía y beneficencia). En caso de que se produzca un conflicto entre los principios, han de garantizarse los mínimos, que son los que posibilitan los máximos, el nivel privado. Así, por más que la defensa de la libertad personal sea importantísima, ésta no puede poner en peligro las obligaciones de justicia.

Es esencial diferenciar los niveles, porque el ser humano no se restringe al ámbito de lo privado, tiene también una dimensión pública, de convivencia con otros seres humanos. La libertad que se defiende para cada uno tiene que articularse con la igualdad de consideración para todos los demás. Por eso, las relaciones entre los seres humanos deben regirse por una articulación de intereses, basada en el respeto mutuo y en la garantía de los mínimos para la convivencia.

ANEXOS

ANEXO I.

ÁREAS DEL GOBIERNO QUE GESTIONARON LA SALUD PÚBLICA EN ARGENTINA Y MISIONES ENTRE 1946 Y LA ACTUALIDAD

ARGENTINA				MISIONES			
PRESIDENTE	PERÍODO	MINISTRO	MINISTERIO	GOBERNADOR / INTERVENTOR	PERÍODO	MINISTRO	MINISTERIO
Juan Domingo Perón	04/06/1946 al 21/09/1955	Ramón Carrillo / Raúl Corrado Bevacqua	Salud Pública	Ing. Eduardo Ortaño	14/06/1943 al 19/07/1946		
				Manuel Ribero y Hornos	19/07/1946 al 19/10/1946		
				Aparicio Pereyra Almeida	19/10/1946 al 30/09/1949		
				Alberto D'Uva	01/10/1949 al 23/11/1949		
				Eduardo Rapero	23/11/1949 al 31/12/1952		
				Dr. Claudio Arrechua	31/12/1952 al 01/02/1955		
Eduardo Lonardi	23/09/1955 al 13/11/1955	Ernesto Rottger	Asistencia Social	Marcos Reyes	03/02/1955 al 24/02/1955	Rafael Amores	
Pedro Eugenio Aramburu	13/11/1955 al 01/05/1958			Dr. Juan C. Lorenzo	24/02/1955 al 04/06/1955		
				Dr. Claudio Arrechua	04/06/1955 al 20/09/1955		
				Tte. Juan Carlos Rocca	20/09/1955 al 11/10/1955		
				Adolfo Pomar	11/10/1955 al 24/04/1957		
Arturo Frondizi	01/05/1958 al 29/03/1962			Hector Noblia / Tiburcio Padilla	Asistencia Social y Salud Pública		
		Pedro Domingo Rebollo	25/1958 al 29/3/1958			Juan P. Olmo	
		Julio Brouwer de Koning	29/3/1958 al 15/3/1959			Fernando Barreyro	
		César Napoleón Ayraut	15/03/1959 al 21/1/1960			Eac. Edelsonso G Miranda	
		Francisco Luis Martos	21/01/1960 al 01/05/1960			Ladovico Slavovits	
		César Napoleón Ayraut	01/05/1960 al 24/04/1962			Ambrosio Lafante	
José María Guido	29/03/1962 al 12/10/1963	Tiburcio Padilla / Horacio Rodríguez Castells		Wilde Santa Cruz	24/04/1962 al 25/06/1962	Miguel Gerónimo Soto	
				Emilio Gueset	25/06/1962 al 24/10/1962		
				Pablo Lunariaga	24/10/1962 al 12/10/1963		
				Mario Losada	12/10/1963 al 28/06/1966		
Arturo Umberto Illia	12/12/1963 al 28/06/1966	Arturo Oñativia				Juan Carlos Couette	Acción Social, Salud Pública y Educación
Juan Carlos Onganía	29/06/1966 al 02/06/1970	Roberto J. Petracca / Julio E. Alvarez / Conrado Bauer / Carlos Conagli	Bienestar Social	Manuel Alfonso Galeano	28/06/1966 al 27/07/1966	Benjamin Camblong	
				Hugo Montiel	27/07/1966 al 18/11/1969	Heberto Manuel Armada	
Roberto Marcelo Levingston	18/06/1970 al 22/03/1971	Francisco Manrique / Amadeo Frigoli				Jorge Armando Benítez	
Alejandro Agustín Lanusse	26/03/1971 al 25/05/1973	Francisco Manrique / Oscar Puiggrós		Ángel Vicente Rossi	18/11/1969 al 25/05/1973	Miguel Gerónimo Soto	
Héctor José Cámpora	25/05/1973 al 13/07/1973	José López Raga		Juan Manuel Irrazabal	25/05/1973 al 30/11/1973	Julio César Humada	
Raúl Alberto Lastiri	13/07/1973 al 12/10/1973						
Juan Domingo Perón	12/10/1973 al 01/07/1974						
Maria Estela Martínez de Perón	01/07/1974 al 24/03/1976	José López Raga / Carlos Villone / Rodolfo Roballos / Carlos Alberto Emery / Aníbal Demareco	Bienestar Social y Salud Pública	Eac. Luis Ángel Ripoll	30/11/1973 al 21/01/1975	Omar Walter Ruiz	Bienestar Social y Educación
				Juan Carlos Taparelli	21/01/1975 al 25/05/1975		
				Miguel Ángel Alterach	25/05/1975 al 24/03/1976	Ricardo Tomás Godoy	

Jorge Rafael Videla	24/03/1976 al 29/03/1981	Julio Juan Bardi / Jorge A. Fraga	Bienestar Social	Juan Beltrametti	24/03/1976 al 24/04/1976	Ricardo Tomás Godoy		
				René Gabriel Buteler	24/04/1976 al 17/03/1977	Horacio Rodríguez Mottino		
				Rodolfo Poletti	17/03/1977 al 01/11/1978	Américo Salvador Veira		
				Fernando Di Fonzo	01/11/1978 al 06/12/1978			
				Norberto Paccagnini	06/12/1978 al 31/03/1981	Miguel Angel Bertolotti		
Roberto Eduardo Viola	29/03/1981 al 12/12/1981	Amílcar Argüelles	Salud Pública y Medio Ambiente	Juan Bayón	31/03/1981 al 10/12/1983	Raúl Eduardo Arrechua / Julio A. Martín	Salud y Medio Ambiente	
Leopoldo Fortunato Galtieri	22/12/1981 al 01/07/1982	Horacio Rodríguez Castella						
Raynaldo Bignone	02/07/1982 al 10/12/1983	Horacio Rodríguez Castella						
Raúl Alfonsín	10/12/1983 al 08/07/1989	Aldo Neri / Conrado Storani / Ricardo Barrios Arrechua / Enrique Beveraggi	Salud y Acción Social	Ricardo Barrios Arrechua	10/12/1983 al 17/09/1987	Francisco de Haro	Salud Pública	
				Luis María Cassoni	17/09/1987 al 10/12/1987	Mariano Balanda		
Carlos Menem	8/07/1989 al 10/12/1999	Julio Corzo / Antonio Erman González / Eduardo Bauza / Alberto Kohan / Avelino Porto / Julio Cesar Araoz / Alberto José Mazza		Julio Cesar Humada	10/12/1987 al 10/12/1991	Arnaldo Manuel Pastor Valdivinoso		
				Federico Ramón Puerta	10/12/1991 al 10/12/1999	Victor Hugo Martínez / José Domingo Fabro / Antonio López Forastier		
Fernando de la Rúa	10/12/1999 al 20/12/1999	Héctor Lombardo	Salud y Ambiente	Carlos Eduardo Rovira	10/12/1999 al 10/12/2007	Telmo E. Albrecht / José Daniel Guccione		
Eduardo Duhalde	02/01/1999 al 25/05/2003	Gonás González García						
Néstor Kirchner	25/05/2003 al 10/12/2007	Gonás González García						
Cristina Fernández de Kirchner	10/12/2007 al 10/12/2015	Graciela Ocaña / Juan Luis Manzur / Daniel Gottán	Salud	Mauricio Closs	10/12/2007 al 10/12/2015	José Daniel Guccione / Oscar Herrera Ahuad		
Mauricio Macri	10/12/2015 al 10/12/2019	Jorge Lemus / Adolfo Rubinstein / Carolina Stanley	Salud / Salud y Desarrollo Social	Hugo Passalacqua	10/12/2015 al 10/12/2019	Walter Miguel Villalba		
Alberto Fernández	10/12/2019	Gonás González García / Carla Vizzetti	Salud	Oscar Herrera Ahuad	10/12/2019	Oscar Francisco Alarón		

Fuente: Elaboración propia en base a datos cargados en el Archivo general de Gobernación del Ministerio de Coordinación General de Gabinete (SISA). Disponible en <http://www.archivodigital.misiones.gov.ar/>

ANEXO II. ZONAS SANITARIAS DE MISIONES



Fuente imagen: <https://salud.misiones.gov.ar/zonas-sanitarias/>

ANEXO III. HOSPITALES DE MISIONES

Hospital	Nivel de complejidad	Localidad	Departamento	Zona Sanitaria
Hospital SAMIC de Autogestión	Alto Riesgo	Eldorado	Eldorado	Norte Paraná
Hospital "Dr. Tadayoshi Kamada" de Autogestión	Alto Riesgo	Jardín América	San Ignacio	Centro Paraná
Hospital SAMIC de Autogestión	Alto Riesgo	Oberá	Oberá	Centro Uruguay
Hospital de Pediatría "Dr. Fernando Barreyro" de Autogestión	Alto Riesgo	Posadas	Capital	Capital
Hospital Dr. René Favaloro	Alto Riesgo	Posadas	Capital	Capital
Hospital Escuela de Agudos "Dr. Ramón Madariaga"	Alto Riesgo	Posadas	Capital	Capital
Hospital Materno Neonatal	Alto Riesgo	Posadas	Capital	Capital
Hospital SAMIC "Dra. Marta Schwartz" de Autogestión	Alto Riesgo	Puerto Iguazú	Iguazú	Norte Paraná

Hospital de Autogestión	Alto Riesgo	San Vicente	Guaraní	Noreste
Hospital "Dr. Bernardo Allasia" de Autogestión	Mediano Riesgo	Apóstoles	Apóstoles	Sur
Hospital "Dr. Justo José Pereyra"	Mediano Riesgo	Aristóbulo del Valle	Caingüas	Centro Uruguay
Hospital "Nuestra Señora de Fátima"	Mediano Riesgo	Garupá	Capital	Capital
Hospital SAMIC "Dr. Juan Fernando Alegre" de Autogestión	Mediano Riesgo	Leandro N. Alem	Leandro N. Alem	Sur
Hospital "Dr. Ricardo Gutierrez"	Mediano Riesgo	Puerto Rico	Libertador Gral. San Martín	Centro Paraná
Hospital "Dr. Ricardo Alba Posse"	Bajo Riesgo	25 de Mayo	25 de Mayo	Centro Uruguay
Hospital de Alba Posse	Bajo Riesgo	Alba Posse	25 de Mayo	Centro Uruguay
Hospital de Almafuerte	Bajo Riesgo	Almafuerte	Leandro N. Alem	Sur
Hospital de Azara	Bajo Riesgo	Azara	Apóstoles	Sur
Hospital "General Manuel Belgrano" de Autogestión	Bajo Riesgo	Bernardo de Irigoyen	General Manuel Belgrano	Noreste
Hospital de Bonpland	Bajo Riesgo	Bonpland	Candelaria	Sur

Hospital de Campo Grande	Bajo Riesgo	Campo Grande	Caingüas	Centro Uruguay
Hospital de Campo Viera	Bajo Riesgo	Campo Viera	Oberá	Centro Uruguay
Hospital "Dr. Justo José Pereyra"	Bajo Riesgo	Aristóbulo del Valle	Caingüas	Centro Uruguay
Hospital de Candelaria	Bajo Riesgo	Candelaria	Candelaria	Centro Paraná
Hospital "Hermana Luitpolda S.E.S."	Bajo Riesgo	Capioví	Libertador General San Martín	Centro Paraná
Hospital de Cerro Azul	Bajo Riesgo	Cerro Azul	Leandro N. Alem	Centro Paraná
Hospital de Colonia Aurora	Bajo Riesgo	Colonia Aurora	25 de Mayo	Centro Uruguay
Hospital de Colonia Delicia	Bajo Riesgo	Colonia Delicia	Eldorado	Norte Paraná
Hospital Almirante Brown	Bajo Riesgo	Comandante Andresito	General Manuel Belgrano	Noreste
Hospital de Concepción de la Sierra	Bajo Riesgo	Concepción de la Sierra	Concepción	Sur
Hospital de Corpus	Bajo Riesgo	Corpus	San Ignacio	Centro Paraná
Hospital de Dos de Mayo	Bajo Riesgo	Dos de Mayo	Caingüas	Centro Uruguay

Hospital de El Soberbio	Bajo Riesgo	El Soberbio	Guaraní	Noreste
Hospital Kilómetro 3 Zona Oeste "Ramón Gardes"	Bajo Riesgo	Eldorado	Eldorado	Norte Paraná
Hospital "Dr. Luis Rolandelli"	Bajo Riesgo	Gobernador Roca	San Ignacio	Centro Paraná
Hospital "Dr. Oscar Eugenio Daru"	Bajo Riesgo	Montecarlo	Montecarlo	Norte Paraná
Hospital de Panambí Puerto	Bajo Riesgo	Panambí	Oberá	Centro Uruguay
Hospital "Dr. Pedro Baliña"	Bajo Riesgo	Posadas	Capital	Capital
Hospital "Dr. Ramón Carrillo"	Bajo Riesgo	Posadas	Capital	Capital
Hospital Itaembé Guazú	Bajo Riesgo	Posadas	Capital	Capital
Hospital de Puerto Esperanza	Bajo Riesgo	Puerto Esperanza	Iguazú	Norte Paraná
Hospital de Puerto Libertad	Bajo Riesgo	Puerto Libertad	Iguazú	Norte Paraná
Hospital Puerto Piray	Bajo Riesgo	Puerto Piray	Eldorado	Norte Paraná
Hospital de San Antonio	Bajo Riesgo	San Antonio	General Manuel Belgrano	Noreste

Hospital "Dr. Heberto Valdovino"	Bajo Riesgo	San Ignacio	San Ignacio	Centro Paraná
Hospital de San Javier	Bajo Riesgo	San Javier	San Javier	Sur
Hospital de San José	Bajo Riesgo	San José	Apóstoles	Sur
Hospital de San Pedro	Bajo Riesgo	San Pedro	San Pedro	Noreste
Hospital de Santa Ana	Bajo Riesgo	Santa Ana	Candelaria	Centro Paraná
Hospital de Wanda	Bajo Riesgo	Wanda	Iguazú	Norte Paraná
Unidad de Geriatria Villa Lanús	Monoclínico	Posadas	Capital	Capital

Fuente: Elaboración propia en base a datos cargados al Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES) del Sistema Integrado de Información Sanitario Argentino (SISA). Disponible en <https://sisa.msal.gov.ar>

ANEXO IV.

CUADRO COMPARATIVO DE POBLACIÓN CON NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS, EL GASTO PÚBLICO EN SALUD PER CÁPITA Y LA COBERTURA DE SALUD DE LAS 24 JURISDICCIONES DE ARGENTINA

Provincias	Población con NBI (1)	Gasto Público en Salud p.c. (2)	Cobertura Salud		
			Pública exclusiva	Obra Social	EMP (3)
Promedio	11,4%	\$ 12.101,5	40,4%	46,7%	12,8%
Buenos Aires	8,2%	\$ 3.830,0	36,7%	47,8%	15,5%
CABA	6,0%	\$ 18.182,0	19,1%	44,8%	36,1%
Catamarca	11,4%	\$ 10.998,0	40,8%	51,6%	7,6%
Chaco	18,2%	\$ 8.499,0	60,2%	33,2%	6,6%
Chubut	8,5%	\$ 16.514,0	29,1%	56,6%	14,4%
Córdoba	6,0%	\$ 6.031,0	34,6%	47,4%	18,0%
Corrientes	15,2%	\$ 7.002,0	52,0%	39,4%	8,5%
Entre Ríos	8,1%	\$ 10.164,0	37,2%	53,0%	9,8%
Formosa	19,8%	\$ 14.156,0	60,3%	34,7%	5,0%
Jujuy	15,5%	\$ 9.408,0	48,0%	41,8%	10,3%

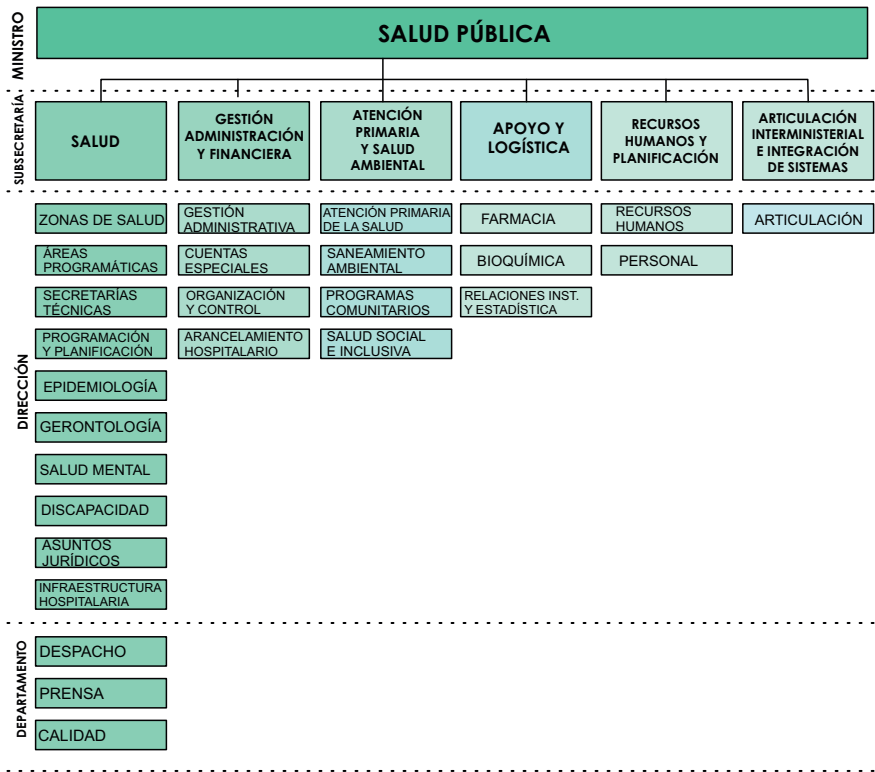
La Pampa	3,8%	\$ 18.535,0	36,3%	52,2%	11,6%
La Rioja	12,3%	\$ 12.833,0	40,1%	48,2%	11,8%
Mendoza	7,7%	\$ 6.526,0	38,3%	50,4%	11,4%
Misiones	15,7%	\$ 8.300,0	48,2%	42,9%	8,9%
Neuquén	10,4%	\$ 26.593,0	36,4%	51,1%	12,5%
Río Negro	9,5%	\$ 12.936,0	36,0%	51,2%	12,8%
Salta	19,5%	\$ 9.528,0	50,2%	40,3%	9,5%
San Juan	10,3%	\$ 12.794,0	46,2%	42,7%	11,2%
San Luis	7,9%	\$ 11.722,0	41,8%	47,2%	10,9%
Santa Cruz	8,3%	\$ 18.024,0	21,5%	63,6%	14,9%
Santa Fe	6,5%	\$ 8.733,0	33,3%	46,9%	19,8%
Santiago del	17,7%	\$ 6.232,0	58,4%	33,6%	8,0%
Tierra del Fuego	14,3%	\$ 19.867,0	26,7%	56,3%	16,9%
Tucumán	13,4%	\$ 13.030,0	39,1%	44,8%	16,1%

Fuentes: 1. INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Año 2010.

2. Ministerio de Economía de la Nación. Gasto provincial en Salud per cápita en pesos corrientes. Año 2019.

3. EMP: Empresas de Medicina Prepaga

ANEXO V.
ORGANIGRAMA DEL MINISTERIO DE SALUD
PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE MISIONES



Fuente: Elaboración propia

ÍNDICE DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

ANSSAL: Administración Nacional del Seguro de Salud

APS: Atención Primaria de la Salud

ASPO: Aislamiento social, preventivo y obligatorio dispuesto en la emergencia sanitaria por COVID 19

CAPS: Centros de Atención Primaria de la Salud

CIOMS: Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas

COFESA: Consejo Federal de Salud

COSSPRA: Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina

DDJJ: Declaración jurada

DISPO: Distanciamiento social, preventivo y obligatorio dispuesto en la emergencia sanitaria por COVID 19

EMP: Empresas de Medicina Prepaga

FOSAMU: Fondo Sanitario Municipal

FUNPARSAL: Fundación Parque de la Salud de la provincia de Misiones “Dr. Ramón Madariaga”

HPA: Hospital Público de Autogestión

HPGD: Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada

IMES: Instituto Misionero de Educación Superior de Misiones

INFOGEP: Instituto de Formación para la Gestión Pública

INOS: Instituto Nacional de Obras Sociales

INSSJP: Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

IPS: Instituto de Previsión Social de la Provincia de Misiones

MSN: Ministerio de Salud de la nación

MSP: Ministerio de Salud Pública de la provincia de Misiones

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OS: Obras sociales

PAMI: Programa de Asistencia Médica Integral

PMO: Programa Médico Obligatorio

PNA: Primer Nivel de Atención

RRHH: Recursos humanos

SAMIC: Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

SNSS: Sistema Nacional de Seguro de Salud

SSS: Superintendencia de Servicios de Salud

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aizenberg, M. “Estudios acerca del Derecho a la Salud”. 1ra ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La Ley. Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. 2014
- Aloia C y Briner A. Trabajo sobre “Sistema de salud en Argentina: evidencias recientes de su fragmentación y vigencia de asimetría”, presentado en el IV Congreso Anual de la Asociación de Economía para el Desarrollo de la Argentina desarrollado que se llevó a cabo en la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires entre el 15 y el 17 de agosto de 2012
- Alzugaray, R. “Ramon Carrillo, el fundador del sanitarismo nacional”. 2 tomos. Centro Editor de América Latina (CEAL) Biblioteca Política Argentina. Buenos Aires. 1988
- Arce, H. “El sistema de salud: de dónde viene y hacia dónde va”. Ed. Prometeo. Buenos Aires. 2012
- Beauchamp TL, Childress JF. “Principles of Biomedical Ethics”. 6ª ed. Orxford University Press. New York. 2009
- Borrajo I. “El intento de huir del Derecho administrativo”. Revista Española de Derecho Administrativo, N° 78. 1993
- Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine (IOM). “Crossing the Quality Chasm: a New Health Care System for the 21st Century”. Washington DC: National Academy Press; 2001
- Declaración de Alma Ata de 1978. Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

- Dirección de Programación y Planificación del Ministerio de Salud Pública de Misiones. Estadísticas. Análisis de Situación de Salud 2021. Sala de Situación. Disponible en <http://www.salud.misiones.gov.ar/>
- Dirección de Programas Comunitarios de Atención Primaria – Salud Indígena. Base de datos del Sistema de Registro Aborigen de Misiones. Disponible en <https://ipecmisiones.org/poblacion/poblacion-especifica/pueblos-origenarios/datos-estadisticos-sobre-la-poblacion-mbya-guarani>
- Dohmann Braunig, M. K. “La profesión médica en Misiones. Historia del Colegio de Médicos.” 1ra ed. El autor. Posadas. 2014.
- Fernández Ramos, R. “Misiones a través del primer cincuentenario de su federalización”. Posadas. 1963
- Gracia D. “Bioética clínica”. 2da edición. Ed. Astrea. El Búho. Bs As., Bogotá, Porto Alegre, Santiago. 2021
- Gracia D. “Fundamentos de Bioética”. 2da edición. Ed. Triacastela. Madrid. 2007
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Disponible en <https://www.indec.gob.ar/>
- Instituto Provincial de Estadísticas y Censos (IPEC). Disponible en <https://ipecmisiones.org/>
- Hurtado Hoyo et al. “Código de ética para el equipo de salud” Asociación Médica Argentina. 3ra ed. Mendoza. Universidad del Aconcagua. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2016
- Lalonde, M. “A new perspective on the health of Canadians: A working document”. Ottawa. 1974
- Lorenzetti, R. L. “Consumidores”. Rubinzal - Culzoni. Santa Fe. 2003

- Lemus, J. D. et al. “Salud Pública, Epidemiología y Atención Primaria de la Salud”. Marcelo Kohan diseño. Buenos Aires. 2005
- Ministerio de Salud y Acción Social. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Asistencia Técnica para la Administración de los Servicios Sociales en la República Argentina “Normas de descentralización para establecimientos de salud”. PRONATASS (Gob. Arg./BIRF/PNUD). 1993.
- Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Ginebra, 1986. Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud de 1946. Disponible en https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Ramírez de Rojas, M.E. “Las enfermedades y la terapéutica de los Guaraníes en tiempo de los Jesuitas”. Ministro de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay. Fascículo 12. 2017. Disponible en <https://www.mspbs.gov.py>
- Sgreccia, E. “Manual de Bioética: Fundamentos y ética biomédica”. 1ra ed. Editorial Biblioteca de Autores Cristianos. Madrid. 2014
- Terris, M. "Newer Perspectives on the Health of Canadians: Beyond the Lalonde Report," /. Pub. Health Policy 5 327-337. 1984
- Tobar, F. “Breve historia de la prestación del Servicio de Salud en la Argentina” en Obra Colectiva Responsabilidad Profesional de los Médicos. Coordinador: Oscar Ernesto Garay. Edit. La Ley. Buenos Aires. 2002
- Tobar, F. “Herramientas para el análisis del sector salud”. En Medicina y Sociedad, pp. 234-246, Vol. 23, N° 2. septiembre 2000

- Van Rensselaer, P. “Bioethics: Bridge to the Future”. Prentice Hall. New Jersey. 1971
- Veronelli, J.C y Veronelli Correch, M. “Los orígenes institucionales de la salud pública en Argentina”. Tomo I y II. 1ra. ed. OPS/OMS. Buenos Aires 2004
- Winslow C.E.A. “The Untilled Fields of Public Health”, Science 51:23:33, 1920
- Yedlin, D.A. et al. “El derecho a la salud, 200 años de políticas sanitarias en Argentina”. 1ra edición. Ministerio de Salud de la Nación. 2012

REFERENCIAS NORMATIVAS NACIONALES

- Constitución nacional de la Argentina. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>
- Decreto nacional N° 12311 (1943) Creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>
- Decreto nacional N° 14807 (1946). Creación de la Secretaría de Salud Pública. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>
- Ley nacional N° 13012 (1947) Código sanitario y de asistencia social. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>
- Ley nacional N° 13529 (1949). Creación del Ministerio de Salud Pública de la Nación. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>
- Ley nacional N° 17102 (1967) Servicios de atención médica integral para la comunidad (SAMIC). Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>
- Ley nacional N° 17132 (1967) Ejercicio de la medicina. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>
- Ley nacional N° 18610 (1970) de creación del Instituto Nacional de Obras Sociales. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>
- Ley nacional N° 19032 (1971) de creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, más conocido como PAMI - Programa de Asistencia Médica Integral. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>
- Ley nacional N° 20748 (1974) Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>
- Ley nacional N° 21902 (1978). Derogación del Sistema Nacional

Integrado de Salud (SNIS). Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>

- Ley nacional N° 22373. Creación del Consejo Federal de Salud. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>
- Ley nacional N° 23660 (1988) de Obras Sociales. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>
- Ley nacional N° 23661 (1988) de creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>
- Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N° 432/1992. Creación el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>
- Decreto nacional N° 578/1993 Hospital público de autogestión. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>
- Decreto nacional N° 492/1995. Programa Médico Obligatorio. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>
- Ley nacional N° 24742 (1996)) de creación del comité hospitalario de ética Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>
- Ley nacional N° 25188 (1999) de ética en el ejercicio de la función pública. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>
- Decreto nacional N° 41/1999 Código de ética de la función pública. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>
- Decreto nacional N° 939/2000 Hospitales públicos de gestión descentralizada. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>
- Resolución del Ministerio de la Salud de la Nación N° 201/2002. Programa Médico Obligatorio de Emergencia. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>
- Ley nacional N° 26529 (2009) de los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>

- Ley nacional N° 26682 (2011). Marco regulatorio de empresas de medicina prepaga. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>
- Decreto nacional N° 1993/11 Marco regulatorio de empresas de medicina prepaga. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>
- Ley nacional N° 26742 (2012) Sistema de protección de la dignidad de los enfermos en situación terminal. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>
- Decreto nacional N° 1089/2012, reglamentario Ley N° 26529 de los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>
- Ley nacional N° 26857 (2013) modificatoria de la Ley Nacional N° 25188 de Ética en el Ejercicio de la Función Pública. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>
- Ley nacional N° 26994 (2014). Código Civil y Comercial. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>
- Decreto nacional N° 226/2015 Creación Secretaría de Ética Pública, Transparencia y Lucha contra la Corrupción. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>
- Decreto nacional N° 174/2018 Transforma a Salud Pública en una secretaría del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>
- Decreto nacional N° 7/2019. Convierte a Salud Pública en Ministerio del Poder Ejecutivo nacional. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>
- Ley nacional N° 27541 (2019), ampliada por Decreto nacional N° 260/2020: declaró la emergencia pública en materia sanitaria por COVID 19. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>
- Decreto nacional N° 297/2020: Establece el aislamiento social,

preventivo y obligatorio por COVID 19. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>

- Decreto nacional N° 1033/2020: Establece el distanciamiento social, preventivo y obligatorio por COVID 19. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>
- Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N° 2546/2021. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>

REFERENCIAS NORMATIVAS PROVINCIALES

- Constitución de la provincia de Misiones. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>
- Decreto Ley provincial N° 1719/1956: Creación de la ex Dirección General de Salud Pública y Asistencia Social
- Ley XVII N° 1- Antes Decreto Ley N° 169/1957. Creación de los Colegios de Profesionales del Arte de Curar. Disponible en <http://digestomisiones.gob.ar>
- Decreto-Ley provincial N° 191/1957. Creación del Instituto de Previsión Social de Misiones.
- Decreto provincial N° 1541/1961. Creación de la Subsecretaría de Salud, Educación, Previsión Social y Turismo dependiente del Ministerio de Acción Social, Salud Pública y Educación.
- Decreto Ley provincial N° 370/1967 que aprueba el convenio entre la Secretaría de Estado de Salud Pública de la nación y la provincia (Ley nacional N° 17022)
- Decreto provincial N° 1399/1968. Creación del Servicio Provincial de Salud.
- Decreto provincial N° 522/1969. Delimitación de las Zonas de Salud
- Decreto Ley provincial N° 394 (1969). Servicios de atención médica integral para la comunidad (SAMIC).
- Ley provincial I N° 37- Antes Decreto Ley N° 1556/1982-. Régimen jurídico básico de la administración pública. Disponible en <http://digestomisiones.gob.ar>
- Ley provincial I N° 70 -Antes Ley N° 2557 (1988). Ley de

Ministerios. Disponible en <http://digestomisiones.gob.ar>

- Ley provincial IV N° 21 -Antes Ley N° 2666- (1989) de procedimientos para la sanción de los actos considerados como enriquecimiento ilícito de funcionarios públicos. Disponible en <http://digestomisiones.gob.ar>
- Ley provincial I N° 80 -Antes Ley N° 2693- (1990) Carrera sanitaria. Disponible en <http://digestomisiones.gob.ar>
- Resolución del Ministerio de Salud Pública de Misiones N° 1829/1990 que constituye los Consejos Municipales de Salud
- Decreto provincial N° 1400/1992 que instituye el Fondo Sanitario Municipal (FOSAMU)
- Decretos provinciales N° 88/1993 y 2772/93, que incorporan a Eldorado, Iguazú, Leandro N. Alem y Oberá y Posadas al FOSAMU
- Ley provincial XVII – N° 17 -Antes Ley N° 2925- (1992) Arancelamiento hospitalario. Disponible en <http://digestomisiones.gob.ar>
- Ley provincial XVII – N° 19 -Antes Ley N° 3094- (1994) Transformación de los hospitales SAMIC en hospitales públicos de autogestión. Disponible en <http://digestomisiones.gob.ar>
- Decreto provincial N° 914/1994. Reglamentario Ley I N° 80 de Carrera sanitaria
- Ley provincial I N° 104 -Antes Ley N° 3200- (1995). Régimen de acumulación de cargos para el personal de la administración pública provincial y municipal. Disponible en <http://digestomisiones.gob.ar>
- Ley provincial VII – N° 27 -Antes Ley N° 3379 (1996)
- Decretos provinciales N° 32/1996, N° 255/2000, 1535/1997, 1679/2004 y 1020/2009: Modificación de la actual Subsecretaría de Apoyo y Logística

- Decretos provinciales N° 32/1996, N° 212/1995, 1535/1997, 1437/1999 y 1239/2012: Creación y modificación de la actual Subsecretaría de Gestión Administrativa y Financiera
- Decreto provincial N° 2055/1996 y 1535/1997. Zonas de salud
- Decretos provinciales 961/99, N° 236/1999, 230/2000, 129/2016: Creación y modificación de la actual Subsecretaría de Atención Primaria y Salud Ambiental
- Ley provincial XVII N° 54 – Antes Ley N° 4334 (2006) de creación del comité de ética en los hospitales Nivel III dependientes del Ministerio de Salud. Disponible en <http://digestomisiones.gob.ar>
- Ley provincial XVII N° 58 -Antes Ley N° 4388- (2007) Sistema sanitario provincial. Disponible en <http://digestomisiones.gob.ar>
- Decreto provincial N° 71/2008, reformado por su similar N°1131/2009. Programa de Descentralización de la Gestión para la Atención Primaria de la Salud
- Decreto provincial N° 97/2008. Zonas de Salud de Misiones
- Decreto provincial N° 333/2008: Creación de la actual Subsecretaría de Recursos Humanos y Planificación
- Decreto provincial N° 1006/2008. Integración del Consejo Provincial de Salud
- Ley provincial XVII N° 70 (2010) Creación del Parque de Salud “Dr. Ramón Madariaga”. Disponible en <http://digestomisiones.gob.ar>
- Decreto provincial N° 83/2011. Reglamentario la Ley XVII N°70 de creación del Parque de Salud “Dr. Ramón Madariaga”
- Decreto provincial N 1621/2013: Creación de la ex Subsecretaría de la Atención Integral Comunitaria de la Niñez, Adolescencia y Familia
- Ley XVII N° 85 (2014). Sistema de historia clínica electrónica

única (HCEU). Disponible en <http://digestomisiones.gob.ar>

- Resolución N° 31/2015 del Consejo de Administración de la Fundación Parque de la Salud “Dr. Ramón Madariaga” de Misiones
- Decreto provincial N° 96/2019 de creación del Ministerio de Prevención de Adicciones y Control de Drogas
- Decreto provincial N° 25/2020 que aprueba el organigrama del Ministerio de Prevención de Adicciones y Control de Drogas
- Ley provincial VII – N° 94 Presupuesto año 2022. Disponible en <http://digestomisiones.gob.ar>
- Resolución del Ministerio de Salud Pública de Misiones N° 2489/2016 Creación del comité de ética en investigación provincial
- Resolución del Ministerio de Salud Pública de Misiones N° 1713/2020 Creación del comité provincial de bioética en salud humana
- Decreto provincial N° 330/2020: Declaración emergencia epidemiológica y sanitaria provincial por dengue y coronavirus
- Decreto provincial 2671/2021: Prórroga de la emergencia epidemiológica y sanitaria provincial por dengue y coronavirus
- Decreto provincial N° 330/2022. Creación Subsecretaría de Articulación Interministerial e Integración de Sistemas.

El Manual de Inducción para el Personal Sanitario de la provincia de Misiones constituye una síntesis y un resumen de todos los aspectos vinculados a la salud pública, donde se han seleccionado los datos necesarios que debe tener en cuenta el recurso humano para integrarse adecuadamente a la función que se le asigne y llevar adelante las actividades que le corresponda ejecutar. Además, pretende ser una herramienta para que la ciudadanía conozca y entienda la función pública sanitaria.



IMES
INSTITUTO MISIONERO
DE ESTUDIOS SUPERIORES

CEMER
CENTRO MISIONERO
DE ESTUDIOS REGIONALES