

# LA REFORMA SANITARIA

Bases estratégicas y operacionales para la descentralización y unificación del Sistema de Salud

Hesio Cordeiro\*

## Directivas para un Servicio Nacional de Salud

1. La cuestión institucional de la reestructuración del sistema de salud tiende a polarizar la estrategia de la Reforma Sanitaria frente a las controversias sobre la definición de un nuevo órgano federal, con capacidad de formular y conducir la política de salud. La solución más frecuentemente presentada es la de una nueva estructura, resultante de la revisión de funciones y organización del Ministerio de la Salud y del INAMPS- Instituto Nacional de Atención Médica de la Previsión Social.

2. Aunque hay acuerdo en que una nueva estructura para ser realmente innovadora no debe reproducir las actuales, con exceso de niveles administrativos (centralización de los procesos decisorios, etc.) se están difundiendo posiciones que pueden conducir a una solución no deseada, o sea: pura y simplemente, la transferencia del INAMPS. Esto sólo causaría hipertrofia y agravaría la ineficiencia de los mecanismos de decisión y de gestión, tan lentos y pesadamente burocráticos. La reacción inmediata ante ese riesgo, en el ámbito del mismo Gobierno, podría ser el rechazo de cualquier propuesta de cambio y el fortalecimiento de los prejuicios relacionados con la baja eficiencia del sector público en el área social.

3. Otro riesgo es el constituido por la solución meramente político-institucional -la transferencia del INAMPS - sin tener en cuenta la complejidad del sistema de financiamiento, mayoritariamente vinculado a la contribución previsional. Por lo tanto, se plantea una cuestión previa: ¿cuál es la formulación o principio que prevalece en el seno del Gobierno? La contribución previsional, siendo diferente de un impuesto, ¿debe generar recursos sólo para la cobertura médico-asistencial de la población aportante? Esta es la posición predominante en la Comisión de Reforma de la Previsión Social. Actualmente los recursos del FPAS - Fondo de Previsión y Asistencia Social, son también destinados a la política de universalización e igualación de la atención médico-hospitalaria, comprendiendo los ítems relativos a remuneración de servicios prestados por Hospitales Universitarios, convenios con Secretarías Estadales de Salud, Prefecturas Municipales, entidades filantrópicas y privadas, además de la atención universalizada en la red propia del INAMPS y de las Unidades del Ministerio de Salud. (Es necesario recordar que los convenios con Prefecturas y Secretarías Estadales de Salud, aunque crean condiciones de ampliación de servicios para la universalización, se destinan, en su origen, a remunerar los servicios prestados por tales instituciones a los

\* Profesor del Instituto de Medicina Social de la U.E.R.J.

Presidente del INAMPS (1985-1988)

asegurados urbanos y rurales de la Previsión Social.) Estas consideraciones indican que la Reforma Sanitaria no debe traducirse en medidas parciales como la transferencia de recursos de las AIS Acciones Integradas de Salud, hacia el ámbito del Ministerio de Salud, o la transferencia de un porcentaje fijo del presupuesto del MPAS -Ministerio de Previsión y Asistencia Social, hacia el Ministerio de Salud, entre otras.

4. Volviendo a la cuestión institucional, para desde allí recuperar las propuestas de financiamiento, se formulan las siguientes estrategias:

#### I) Institucional

- la unificación no debe resultar de la transferencia de hospitales y ambulatorios del INAMPS hacia el Ministerio de Salud o algún sucedáneo;
- la unificación descentralizada (o descentralizadora) debe conducir a un sistema federalizado, o sea, de base estadual y municipal, adaptado a las peculiaridades regionales y estaduales;
- la estrategia de unificación debe dirigirse a la consolidación de los sistemas estaduales y municipales teniendo como unidad menor de análisis ( y de operación) del sistema el Distrito Sanitario que, sin embargo, no es una mera unidad administrativa y sí un concepto operacional, una herramienta para el cambio del contenido de las prácticas de salud;
- este proceso debe iniciarse por la transferencia de la gestión de las Unidades propias del INAMPS y del Ministerio de Salud hacia el ámbito estadual/municipal, exceptuándose hospitales de gran complejidad tecnológica, que sirven a la investigación y/o unidades de referencia a nivel nacional.

#### II) Cuadro de Personal

- la transferencia de la gestión no implica la ruptura de la vinculación del personal en el ámbito federal, sea del Ministerio de Previsión y Asistencia Social o del Ministerio de Salud.
- el personal actual mantendrá el vínculo con la administración federal, en calidad de cedido a los gobiernos estaduales/prefecturas, asegurándose salarios y todos los derechos adquiridos, incluso los reajustes salariales.
- toda y cualquier nueva contratación de personal para el sistema unificado, una vez concretada la transferencia, se hará a nivel estadual y municipal, reduciéndose progresivamente el cuadro de personal de nivel federal;
- se plantea como cuestión central de conflicto los planes de carrera y de salarios diferentes. Cada proyecto de unificación y descentralización en el ámbito de cada Estado y Municipio generará un subproyecto de isonomía de cargos y salarios, garantizándose, durante un cierto período, la participación de los órganos federales en la asignación de recursos para su efectivización.

### III) Financiamiento

- las estrategias en el área de financiamiento pueden ser delimitadas según tres alternativas:

- a) la sustitución gradual de recursos federales (FPAS -Fondo de Previsión y Asistencia Social, presupuesto del Ministerio de Salud, FINSOCIAL, etc.) por recursos de los presupuestos de los Estados y Municipios (5 al 10 % anual, en hipótesis);
- b) el mantenimiento de la actual asignación de los recursos del Fondo de Previsión y Asistencia Social mediante la POI-- Programación y formulación de presupuesto integradas, con distribución en duodésimos para la red de servicios;
- c) la constitución del Fondo de Salud en los niveles federal, estadual y municipal para los cuales serían asignados recursos originados en diferentes fuentes.

La primera alternativa depende de la decisión política relativa a la reforma tributaria, de tal forma que se viabilice la mayor participación y la progresiva sustitución por recursos estatales y municipales.

La segunda alternativa admite dos soluciones :

- b1) el traspaso de los recursos del Fondo de Previsión y Asistencia Social sería hecho para los Gobiernos Estadales y Municipales, inclusive los destinados a la red ambulatoria y hospitalaria contratadas, o
- b2) la integración sería hecha en la Programación y formulación de presupuesto integradas, manteniéndose el flujo MPAS/ IAPAS - Instituto de Administración Financiera de la Previsión y Asistencia Social, prestadores de servicios.

La última alternativa implica transferir integralmente los recursos del Fondo de Previsión y Asistencia Social, lo que contraría el carácter específico de la contribución previsional, que debe garantizar la cobertura de salud del trabajador y sus dependientes.

La constitución de los fondos estatales y municipales se procesaría a través de los recursos originados en el Ministerio de Salud, el FINSOCIAL y otros, destinados a los Estados y Municipios, de acuerdo con un cronograma de traspasos establecido por la Programación y formulación de presupuesto integradas.

En realidad, los "fondos únicos" a nivel estadual y municipal pueden traducirse en la existencia de una sistemática de gestión financiera única del Gobierno Estadual (Secretaría de Salud) y de la Prefectura. Esta propuesta de fondo único es compatible con las alternativas a y b1, siendo incompatible con la alternativa b2.

Una propuesta para igualar el flujo de recursos del Fondo de Previsión y Asistencia Social hacia el sistema único de salud es presentada en el ítem V.

- Debe tenerse presente que tales estrategias deben considerar:
- la experiencia internacional que indica que recursos de los diferentes regímenes de la Previsión Social no son fácilmente sustituidos y que la extensión del concepto de "seguro" hacia el de "seguridad" preserva el destino de la parcela de la contribución previsional para la atención médica.
  - el poder de presión del sector salud, que es todavía reducido frente a otras áreas de Gobierno, no pudiendo, por lo tanto, correr riesgos de sustituciones de recurso que puedan resultar en la reducción del presupuesto de salud.

#### IV) Estructuras de Gestión.

- el modelo de gestión del sistema unificado toma como base las actuales estructuras de las AIS -Acciones Integradas de Salud, definiéndose:
  - \* el gestor único a nivel estadual - el Secretario Estadual de Salud.
  - \* el gestor único a nivel municipal - el Secretario Municipal de Salud o equivalente.
  - \* el gestor único a nivel del Distrito Sanitario.
    - a) en el caso de que el Distrito sea menor que el Municipio - autoridad local delegada por la CIMS - Comisión Interinstitucional Municipal de Salud;
    - b) en el caso de ser idéntico al Municipio - el Secretario Municipal de Salud o equivalente;
    - c) en el caso de incluir varios Municipios - la autoridad delegada por la CRIS - Comisión Regional Interinstitucional de Salud.
- las comisiones de salud de las AIS mantendrán una composición que represente en los Estados y Municipios al MPAS, el MS, el MEC -Ministerio de Educación, el MTb- Ministerio del Trabajo, que sería incluido, y el poder público estadual/municipal;
- la participación popular será concretada a través de los Consejos Comunitarios de Salud, autónomos en relación al poder público, y con poderes asegurados de fiscalización, control y presentación de propuestas y prioridades;
- las gestiones estadual y municipal deben igualmente ser descentralizadas y democratizadas transfiriéndose atribuciones de planificación y ejecución presupuestaria hacia las Unidades hospitalarias, ambulatorias de mayor tamaño y centros de salud;
- el modelo de gestión de las Unidades federales transferidas y de las Unidades estaduais y municipales financiadas con participación de recursos de diferentes fuentes deberá ser el siguiente:
  - \* Consejo Directivo de la Unidad -representantes del MPAS, MS, SES -Secretaría Estadual de Salud, SMS - Secretaría Municipal de Salud, cuando fuera el caso, y dos representantes del cuerpo clínico y de personal no-médico.

\* Director-ejecutivo de la Unidad ( y demás niveles de dirección), subordinado al Consejo Directivo, indicado por la CIMS -Comisión Interinstitucional Municipal de Salud, CRIS - Comisión Regional Interinstitucional de Salud, o CIS - Comisión Interinstitucional de Salud.

\* Consejo Comunitario de la Unidad, autónomo en relación al poder público, administrado por la comunidad;

- deberá establecerse un modelo de autogestión de las Unidades a partir del Consejo Directivo que tendría capacidad plena de ejecución del presupuesto, procedimientos de compra de material de consumo y equipamiento hasta cierto nivel de complejidad, contratación de servicios, realización de obras etc.;

- la gestión unificada deberá incorporar no sólo los cuidados de salud relativos a las personas, sino también las acciones de vigilancia epidemiológica y sanitaria, de saneamiento básico, sobre el medio ambiente y el ambiente de trabajo, etc.;

V) Flujo de recursos del FPAS y reflejos institucionales en el MPAS y MS.

Dentro del modelo decrito, ¿cómo se establecerían las relaciones entre el MPAS, los recursos del FPAS, y los sistemas unificados? En primer lugar, los recursos destinados por el FPAS para asistencia médico-hospitalaria deben adquirir una nueva conceptualización: son recursos destinados a cuidados de salud, por lo tanto, pueden destinarse a acciones de salud en las esferas "preventiva" y "curativa", inclusive a la vigilancia epidemiológica. Secundariamente, y en ciertas situaciones de emergencia, podrían destinarse a acciones dedicadas a combatir la transmisión de enfermedades infecto-parasitarias relativas al medio ambiente, y a acciones sobre el medio ambiente de trabajo

Las acciones dirigidas al medio ambiente y al ambiente de trabajo (saneamiento básico, control de polución) serán financiadas con recursos originados de los presupuestos fiscales de la Unión, Estados y Municipios, en volumen necesario par el cumplimiento de un plan estratégico de saneamiento, control del medio ambiente y del ambiente de trabajo. De la misma forma, las demás acciones de "salud pública" continuarán siendo financiadas por recursos fiscales.

El traspaso de recursos del MPAS/FPAS se hará de acuerdo con el modelo de co-gestión con el sector público, cuyo monto será definido anualmente con base en la Programación y formulación de presupuesto integradas. Los recursos mencionados en este ítem son aquellos vinculados a los órganos propios, transferidos a la esfera estadual o municipal, y recursos destinados actualmente a las Secretarías Estaduales de Salud y Prefecturas Municipales.

Los recursos destinados a los convenios y contratos con hospitales universitarios, hospitales filantrópicos, ambulatorios, hospitales particulares, sindicatos y otros pueden ser transferidos a la administración estadual o municipal en duodécimos. Así como la autorización

de pago puede ser hecha por el órgano de la Secretaría de Salud mediante la presentación de un documento de cobro. En el caso del SAMHPS - Sistema de Autorización Médico Hospitalaria de la Previsión Social, el fujo podrá darse entre el IAPAS (prestador de servicios mediante aprobación y autorización del informe de la DATAPREV - Empresa de Procesamiento de Datos de la Previsión Social) y el órgano de control y evaluación de la Secretaría Estadual de Salud, en etapa posterior a la consolidación de la unificación del sector público.

El MPAS - Ministerio de Previsión y Asistencia Social, mantendrá en cada Estado un órgano de control y acompañamiento mediante convenio con la Secretaría Estadual de Salud que, institucionalmente, podrá ser una estructura simplificada de la Superintendencia Regional, contando sólo con : **Superintendente, Secretaría de Medicina Social y Coordinación de Control y Evaluación.** Al final del período previsto para la implantación y consolidación, estos órganos serán incorporados a la Secretaría Estadual de Salud.

A nivel municipal, las Jefaturas de Medicina Social serán incorporadas a la estructura del órgano gestor local ( Secretaría Municipal de Salud), extinguiéndose la vinculación administrativa con la esfera federal.

Las decisiones relativas a la realización de convenios o contratos con entidades filantrópicas, privadas o médicas aisladas ( acreditaciones) quedarán en el ámbito de la CIMS -Comisión Interinstitucional Municipal de Salud y CLIS -Comisión Local Interinstitucional de Salud, definidas en cuanto metas físico-financieras en el proceso de Programación y formulación de presupuesto integradas, del cual participa el MPAS/FPAS.

Los reflejos, a nivel central, de estos cambios, serían :

a) INAMPS

La dirección general se transformaría en un órgano de planificación y control de los recursos del FPAS destinados a salud, reduciéndose a una estructura ágil y pequeña que se integraría a la Secretaría de Servicios Médicos ( o Secretaría de Servicios de Salud), transfiriéndose a Brasilia. Esta estructura tendría funciones de planificación, presupuesto, acompañamiento de las transferencias de recursos y control del cumplimiento de las metas y evaluación de la atención prestada. Hasta que el proceso se complete, persistiría un órgano de administración de las Unidades médico-hospitalarias que no se hayan transferido de inmediato hacia otros niveles.

b) Ministerio de Salud.

Las funciones de formulación de la política de salud, normativa y de planificación estarían íntegramente asumidas por el nuevo Ministerio. Persistirían también las funciones relacionadas con la lucha contra las grandes endemias, la vigilancia epidemiológica y la vigilancia sanitaria, al igual que la CEME - Central de Medicamentos,

la FIOCRUZ -Fundación Instituto Oswaldo Cruz, y algunas unidades médico-asistenciales de referencia a nivel nacional. Dispondría de:

- \* Organo de Planificación, Presupuesto y Control
- \* Organo de Lucha contra Endemias (SUCAM - Superintendencia de las Campañas de Salud Pública)
- \* Organo Normativo de Vigilancia Sanitaria
- \* Organo de Administración de las Unidades médico-hospitalarias que permanecen en el ámbito federal.
- \* Organo de Vigilancia Epidemiológica
- \* CEME
- \* FIOCRUZ (sin las Unidades médico-hospitalarias)

El INAN - Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición debería incorporarse a un futuro Ministerio de Desarrollo Social que comprendería las funciones de saneamiento básico, vivienda y nutrición.

Propuesta táctico-operativa para la constitución del Servicio Nacional de Salud

1. El proceso de unificación descentralizada comprenderá una redefinición de las estructuras y funciones del MPAS/INAMPS y del Ministerio de Salud y sus órganos componentes que se producirá a medida que se desarrolle la unificación por regiones -Estados o Municipios.

2. La unificación debe iniciarse con la transferencias de Unidades básicas y ambulatorios hacia la gestión municipal, teniendo en la CIMS -Comisión Interinstitucional Municipal de Salud el órgano colegiado de decisión sobre los planes y estrategias locales, definiéndose un gestor único que, preferentemente, será el Secretario Municipal de Salud.

3. La transferencia de las Unidades tendrá como criterios:

- a) la elaboración de proyectos de municipalización de servicios, definiéndose el perfil de la red municipal, sus niveles de jerarquía y referencia a nivel regional, la política de personal (régimen de trabajo, número de profesionales a tiempo completo, especialmente médicos, y régimen salarial);
- b) transferencia de Unidades vinculadas a la red estadual federal tomando como base el nivel de complejidad y la utilización de la capacidad instalada. Serán transferidas las Unidades desde las más simples a las más complejas (Unidades básicas, ambulatorio y finalmente hospital de nivel municipal) y de acuerdo con el grado de utilización de la capacidad instalada, o sea, serán transferidas de inmediato aquéllas Unidades que funcionen sólo en un turno, tengan falta de personal, etc.;
- c) después de consolidar el funcionamiento de estos módulos municipales, dependiendo de las características del Municipio se transferirá la responsabilidad de la gestión de los convenios y contratos con los demás prestadores públicos y privados dentro del nivel de complejidad tecnológica compatible con el Municipio (población, capacidad gerencial, etc.).

4. Los recursos para viabilizar esta transferencia de gestión serán proporcionados por las instituciones a las que tales Unidades están vinculadas, garantizándose los recursos para funcionamiento, adquisición de equipamiento, reformas, etc., previstos para el ejercicio.

5. El personal permanecerá vinculado a nivel federal o estadual **garantizándose todos sus derechos y ventajas**. El tiempo completo incluirá el trabajo en un local único, reuniéndose los dos vínculos y además un adicional que represente el nivel salarial para el efectivo ejercicio de TI (Tiempo Integral) + DE (Dedicación Exclusiva) - siendo ésta opcional.

6. Las nuevas contrataciones serán efectivizadas por la Prefectura Municipal, transfiriéndose los recursos vía AIS que se sumarán a los recursos municipales y estatales. La definición de la participación de las diversas instituciones se harán en la formulación de la POI - Programación y formulación de presupuestos integradas.

7. En los Municipios donde las condiciones de municipalización se completen será incorporada la gestión de los convenios y contratos, transfiriéndose el órgano local de medicina social al ámbito de la Secretaría Municipal de Salud. La administración de estos convenios/contratos, tanto en el aspecto del control y evaluación como en el área financiera pasa a la Secretaría Municipal de Salud. La emisión de las GAP's (Guías de Autorización de Pago - para pago de los prestadores) será atribuida a este órgano, de acuerdo con el fuero definido por el IAPAS - Instituto de Administración Financiera de la Previsión y Asistencia Social, destinándolos a la Agencia de Previsión Social local. Así, la "caja" para el pago a estos sectores persistirá en el IAPAS - Instituto de Administración Financiera de la Previsión y Asistencia Social, destinándolos a la Agencia de la Previsión Social en calidad de gestor financiero del FPAS - Fondo de Previsión y Asistencia Social.

8. Corresponderá a la CIMS - Comisión Interinstitucional Municipal de Salud, a partir de los criterios y parámetros definidos a nivel estadual ( CIS - Comisión Interinstitucional de Salud) y federal, decidir sobre contratación de hospitales, ambulatorios y acreditación de médicos aislados.

9. Los proyectos de municipalización contendrán las bases de constitución de los Distritos Sanitarios, incluyendo la integralidad de las acciones ( sobre los individuos, medio ambiente, ambiente de trabajo, etc.) las condiciones materiales de resolutivez ( medicamentos, equipamiento, etc.) y la adscripción/vinculación de grupos de población al equipo de salud y de individuos/familias al médico (especialidades básicas).

10. Las Unidades más complejas, ambulatorias y hospitalarias ( o cuando la situación de los Municipios así lo exigiera), serán transferidas a la gestión estadual, teniendo en la CIS -Comisión Interinstitucional de Salud, el órgano colegiado para la definición de los planes y estrategias , y en el Secretario Estadual de Salud



el gestor único del sistema.

11. La gestión a nivel estadual debe dirigirse a la redistribución de recursos entre regiones y Municipios a partir del plan estadual de salud. Asumirá la prestación de servicios de mayor nivel de complejidad, acciones dirigidas al medio ambiente, etc, que superen el nivel municipal.

12. La gestión de convenios y contratos con los demás prestadores será relativa a Unidades de carácter regional y estadual ( referencia a los Distritos Sanitarios o Municipios).

13. Las SR-INAMPS (Superintendencias Regionales- INAMPS) restringirán progresivamente sus estructuras y sus funciones, que deberán orientarse hacia el acompañamiento, control y evaluación, además de la participación en la POI. La emisión de GAP's - Guías de Autorización de Pago se hará por la Secretaría Estadual de Salud de acuerdo con el flujo definido por el IAPAS = Instituto de Administración Financiera de la Previsión y Asistencia Social, que permanecerá como entidad de administración vinculado al FPAS - Fondo de Previsión y Asistencia Social.

14. Esto significa que, a medida que avance el proceso de unificación, los órganos vinculados a la administración de Unidades propias, planificación, administración de material y finanzas, etc. serán suprimidos, con reubicación del personal.

15. La SR-INAMPS en un Estado con sistema unificado podrá limitarse a Superintendente, órgano de control y evaluación, órgano de personal (limitado), este último en tanto no se complete la transferencia hacia los niveles estadual y municipal.

16. Los contratos/convenios serán firmados entre el prestador (Secretaría Estadual de Salud o Secretaría Municipal de Salud ) y el MPAS, correspondiendo a la Secretaría Estadual de Salud/Secretaría Municipal de Salud representar los intereses del MPAS en las instancias jurídicas pertinentes.

17. El instrumento de integración programática y presupuestaria será la POI, y el instrumento de acompañamiento aquél aprobado por la Resolución CIPLAN 11/86, modificado y ajustado a la nueva realidad.

18. A nivel federal serán redefinidas las funciones de la DG -Dirección General/INAMPS y del Ministerio de Salud.

A nivel del MPAS, la DG/INAMPS se fundirá con la Secretaría de Servicios Médicos, transformándose en la Secretaría de Acompañamiento de las Acciones de Salud del MPAS, de acuerdo con lo descrito en la parte I.

19. Un proceso semejante e transformación se producirá en el MS, según lo propuesto en la parte I.

20. Los órganos federales (MP y MPAS) prepararán los elementos jurídicos y normativos para orientar el proceso de unificación.

21. Los Hospitales Universitarios permanecerán vinculados a las Universidades, integrándose en el sistema único a través de las CIS y CIMS. La gestión del Hospital Universitario permanecerá en la órbita de las Universidades, teniendo obligatoriamente autonomía

en la gestión financiera, disponiendo de presupuesto individualizado y definido a través de la POI.

22. Todas las Unidades de la red unificada servirán como campo de integración de la enseñanza y prestación de servicios para todas las profesiones de salud.

23. Las procuradorías regionales del INAMPS pasarán al ámbito del IAPAS - Instituto de Administración Financiera de la Previsión y Asistencia Social, encargándose de los aspectos jurídicos de la administración de los recursos del FPAS - Fondo de Previsión y Asistencia Social. La Procuradoría General podrá incorporarse a la estructura de la Secretaría de Servicios Médicos o a la Consultoría General del MPAS.

#### 24. Distritos Sanitarios.

- Los Distritos serán definidos por las CIS en cada Estado, pudiendo coincidir o no con el territorio de un Municipio.

- Como Unidad operacional local, el Distrito Sanitario comprenderá como estructuras de gestión :

##### a) administración pública

- La CIMS - Comisión Interinstitucional Municipal de Salud, en el caso de coincidir con el Municipio;

- La CLIS - Comisión Local Interinstitucional de Salud, si fuera parte de un Municipio;

- La CRIS - Comisión Regional Interinstitucional de Salud, si correspondiera a un consorcio de Municipios.

##### b) participación comunitaria

- a través del Consejo de Salud del Distrito Sanitario, que contará con la participación de entidades comunitarias y sindicales, de profesionales de salud y prestadores de servicio, pudiendo coincidir con el Consejo Municipal de Salud, en el caso de que el territorio del Distrito Sanitario sea idéntico al del Municipio.

- Atribuciones de los Distritos Sanitarios:

a) actividades de prescripción referentes al control y vigilancia del medio ambiente y del ambiente de trabajo, incluyendo inspección de fábricas, proyectos agro-industriales, y locales de trabajo en general;

b) actividades de salud pública vinculadas a la higiene de los alimentos, uso de sustancias tóxicas y todos los elementos químicos, físicos y biológicos capaces de generar daño a la salud;

c) actividades de prevención dirigida a los individuos y grupos de individuos, incluyendo la educación en salud, inmunizaciones, acciones para el control de enfermedades infecto-parasitarias, crónico degenerativas y salud mental;

d) acciones de atención médico-ambulatoria, hospitalaria y odontológica, por lo menos de nivel básico;

e) vigilancia y lucha contra endemias y epidemias;

f) vigilancia y control del uso de medicamentos y otras sustancias y materiales de consumo médico-sanitario;

g) distribución de medicamentos; asistencia farmacéutica.

## 25. Salud del Trabajador - Órgano normativo a nivel federal.

- Se constituirá un nuevo órgano normativo vinculado al MS., que se dedicará a la política de prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, formación de personal especializado, intercambio de información entre instituciones de salud y entidades vinculadas a los trabajadores y empresarios; normas de instalación y funcionamiento de equipos destinadas a la prevención de los accidentes de trabajo.

- El personal de fiscalización de los asuntos de trabajo, inspección de fábricas, etc, quedará vinculados a los Distritos Sanitarios, incorporándose al equipo de salud. En cada DS se organizará un núcleo de formación de la salud del trabajador, dependiente de la administración del DS y con carácter multidisciplinario, asegurándose la participación de los trabajadores y empresarios a través de sus entidades. Estas funciones podrán ser ejercidas a nivel regional (consorcios de DS) o estadual.

- En cada región, y dependiendo de las características estaduales y regionales se instalarán laboratorios de referencia para el diagnóstico de enfermedades profesionales, realización de dosajes e identificación de riesgos de exposición a agentes químicos, físicos, radiaciones ionizantes, etc., subordinados administrativamente al órgano regional (CRIS - Comisión Regional Interinstitucional de Salud) o estadual (SES -Secretaría Estadual de Salud).

- Los Ministerios de Trabajo, Previsión y Asistencia Social y Salud elaborarán un nuevo instrumento legal en materia de higiene y seguridad en el trabajo con la finalidad de prevenir los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, unificando y actualizando la legislación existente.

## 26. Instrumentos de Información

- instituir el registro personal de salud, incluyendo datos personales, características de la historia clínica, tratamientos y exposición a riesgo en las condiciones de vida y de trabajo;

- instituir el registro de datos sobre el medio ambiente y ambiente de trabajo relativo al territorio comprendido en el Distrito Sanitario o conjunto de Distritos Sanitarios.

## 27. Asistencia Farmacéutica.

- política de producción, distribución y comercialización de medicamentos; control de calidad y vigilancia sanitaria; normatizados a nivel central (MS) e implementados en forma descentralizada, de preferencia por las Secretarías Estaduales de Salud y Secretarías Municipales de Salud.

## 28. Pericia Médica.

- Los instrumentos legales definirán posibilidades de convenio entre el INPS y las entidades estaduales y locales de salud para la realización de pericia médica vinculada a los beneficios pecuniarios de auxilio-enfermedad, auxilio-accidente e invalidez por accidente (jubilación por invalidez), valiéndose de las Unidades de cada Distrito Sanitario.

29. Se elaborará un anteproyecto de ley para ser sometido a la aprobación del Congreso Nacional, revocando la Ey nº 6.229/75, y creando el Servicio Nacional de Salud.

30. El MPAS, el MS, el Mtb. y el MEC - constituirán a nivel de la CIPLAN -Comisión Interministerial de Planificación y Coordinación, una comisión o grupo de trabajo para elaborar los documentos legales de transferencia del patrimonio y de personal de las Instituciones Federales a los Gobiernos Estadales y Prefecturas Municipales ( incluyendo Consorcios Municipales).

## ACLARACION DE LAS SIGLAS UTILIZADAS

- INAMPS : Instituto Nacional de Atención Médica de la Previsión Social.
- FPAS : Fondo de Previsión y Asistencia Social.
- AIS : Acciones Integradas de Salud.
- MPAS : Ministerio de Previsión y Asistencia Social.
- MS : Ministerio de Salud.
- POI : Programación y Formulación de presupuesto integradas.
- IAPAS : Instituto de Administración Financiera de la Previsión y Asistencia Social.
- CIMS : Comisión Interinstitucional Municipal de Salud.
- CRIS : Comisión Regional Interinstitucional de Salud.
- Mtb. : Ministerio de Trabajo
- MEC : Ministerio de Educación
- SES : Secretaría Estadual de Salud.
- CIS : Comisión Interinstitucional de Salud.
- CLIS : Comisión Local Interinstitucional de Salud
- SR-INAMPS : Superintendencia Regional -INAMPS
- CIPLAN : Comisión Interministerial de Planificación y Coordinación.