



ARTICULOS ORIGINALES

LA D.N.S.FF.AA. Y EL NUEVO MODELO DE ATENCION

Eq. Tte.1º. (M) Teresa Puppo



**PREMIO ANUAL AÑO 2005
D.N.S.FF.AA. – Area Adm.
y Salud Pública
MENCION**

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es analizar como se adecua la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas (D.N.S.FF.AA.) al nuevo modelo de gestión propuesto por el Ministerio de Salud Pública (MSP), a través de la Ley de Presupuesto.

Se analizan a nivel de macrogestión algunas de las características principales y los principios rectores de la reforma propuesta a nivel panamericano y a nivel nacional. Para visualizar la brecha entre la situación actual y la imagen objetivo a alcanzar se comentan algunas características del modelo vigente, la situación regional de la reforma sanitaria y de la institución.

Se resaltan las fortalezas derivadas del Decreto N° 356/999 sobre Política Sanitaria de las FF.AA.

Se hace hincapié en las áreas de atención y de gestión, dejando de lado el área de financiamiento.

Como herramientas o líneas de acción tendientes a apoyar el proceso de cambio, a nivel de mesogestión se priorizan tres áreas: sistemas de información, capacitación de recursos humanos e investigación institucional.

Como conclusión se enfatiza que la D.N.S.FF.AA. tiene un rol fundamental que cumplir en la actual coyuntura nacional, tendiente a transformarse en un “valioso copartípe auxiliar” dentro del sector salud.

PALABRAS CLAVE: *Reforma Sanitaria, Gestión de Servicios de salud, Política sanitaria, Fuerzas Armadas, Uruguay.*

SUMMARY

The aim of this task is to analyze how the Armed Forces National Health Direction adapts itself to the new model of administration proposed by the Ministry of Public Health, through the Budget Law.

Some of the main characteristics and the essentials of the reform proposed in a Pan-American level and national level, are analyzed in macro-management level. To visualize the breach between the current situation and the aim image to reach, it is talked about some characteristics of the standing model, the regional situation of the health reform and of the institution.

The fortitudes derived from the Decree N° 356/999 about Health Policy of the Armed Forces are highlighted.

Attention and administration areas are handle with emphasis, leaving a side the financial area.

As tools or action lines with tendency to support the process of change, at a meso-administration level three areas are prioritized : information system, human resources, training and institutional research.

As a conclusion, it is pointed out that the Armed Forces National Health Direction has a main role to execute at the current national conjuncture, with tendency to transform itself into a valuable auxiliary participant within the health section.

KEY WORDS: Health Reform, Health Services Administration, Health Policy, Armed Forces, Uruguay.

La D.N.S.FF.AA. y el nuevo modelo de Atención

Características generales de la REFORMA SANITARIA

En el año 1994 se realiza una Reunión Cumbre de las Américas en Miami en la cual se aprueba "Garantizar un acceso equitativo a los servicios básicos de salud". En 1995 se realiza un Foro en la cual se definen cinco principios rectores de las reformas: Equidad, Eficiencia, Efectividad y Calidad, Sustentabilidad y Participación Social.

Se considera fundamental en el proceso de reforma, orientar los sistemas y servicios de salud a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y asegurar sistemas de educación permanente para el personal de salud en actividad.

Sin embargo se ha señalado que "cambiar el modelo de gestión de las instituciones constituye una tarea más compleja y difícil de lograr que plantear reformas estructuradas de las reglas y la dinámica de los sistemas". (González García)

Cambiar el modelo de gestión de una institución, implica necesariamente reconvertir la institución, aunque la mayoría de las veces se tiende simplemente a intentar una reingeniería. Ambos conceptos son muy diferentes: "Mientras que la reconversión significa cambiar de misión y funciones y por lo tanto de prioridades, la reingeniería se limita a una redefinición de estructuras y procesos".

Como se puede notar, en un caso se trata simplemente de readecuar los procedimientos, los recursos humanos y aún la organización con el fin de mejorar lo que ya se está haciendo (reingeniería). En cambio, lo que se busca actualmente es un cambio de misión, lo que significa que al menos debería repensarse todo el funcionamiento institucional.

La gran dificultad que se enfrenta en este nivel es que las instituciones tienen una gran inercia frente a los cambios. Se ha señalado que uno de los principales obstáculos para profundizar la reforma sanitaria en los países latinoamericanos, surge de "la falta de instituciones que las puedan respaldar.... La ineficiencia institucional, la duplicación de funciones y la falta de misión suelen ser características muy

frecuentes de las instituciones encargadas de llevar a la práctica las políticas sociales en la actualidad" . (Vergara, Simonet)

Como esquema general de todas las áreas que involucra el proceso de la reforma de salud se señalan 12 contenidos: marco jurídico, derecho a los cuidados de la salud y al aseguramiento, aumento de la cobertura, función rectora de los ministerios de salud, separación de funciones, descentralización, participación y control sociales, financiamiento y gasto, oferta de servicios, modelo de gestión, recursos humanos y calidad y evaluación de tecnología. (Infante)

Dentro de las dificultades que se han observado en muchos países en la primera etapa de la reforma del sector salud y que dificultan la evaluación de las mismas, se señalan:

a. No se incluyen desde el comienzo, en los proyectos iniciales, los mecanismos de evaluación de proceso, plazos e impacto.

b. No se adaptan los sistemas de información a los nuevos requerimientos, lo que origina datos dispersos, inconexos, inoportunos e inadecuados para el seguimiento de los cambios.

c. No se utiliza la información generada como insumo para rediseñar el contenido y las estrategias para implantar la reforma.

d. Existe una carencia de información sobre recursos humanos, aunque se señalan algunas características generales como la rotación, el ausentismo y la falta de motivación. (Brito)

"Se detectan dos incongruencias notables entre el reconocimiento, por un lado, de la necesidad de mejorar los sistemas de información para seguir los procesos de reforma y evaluar los cambios conseguidos y, por otro, el escaso esfuerzo que aún se dedica a tal mejora; y entre el reconocimiento de la importancia de los recursos humanos y su escasa implicación en los procesos de reforma del sector salud". (Infante)

Otro aspecto inseparable del proceso de reforma es la búsqueda de la mejor calidad de las prestaciones de los servicios básicos de salud. (Ross)

La calidad está definida en función de las necesidades y las expectativas del usuario o cliente. Se acepta que en el ámbito de los servicios de salud la calidad tiene dos grandes dimensiones: la técnica y la percibida por el usuario.

El desarrollo de los recursos humanos no es un tema menor, ya que muchos no han sido capacitados de acuerdo a las exigencias actuales, lo cual supone un verdadero esfuerzo institucional reforzando las actividades de formación en los servicios y la Educación Profesional Continua. (Muñoz)

Actualmente, el Ministerio de Salud Pública (MSP) promueve un nuevo modelo de atención, de gestión y financiamiento, priorizando la equidad y la atención primaria de salud. Esto significa en grandes líneas, reorientar las instituciones prestadoras hacia un modelo preventivo, con claro fortalecimiento del primer nivel de atención, descentralizado y orientado a necesidades. El modelo actual de prestación de salud es curativo, basado fundamentalmente en la demanda y centralizado.

El cambio de modelo se sustenta en un modelo de salud integral, que contempla distintos determinantes y prioriza la estrategia de Atención Primaria en Salud como componente fundamental del proceso. Esto supone, entre otras cosas, un alerta contra la hegemonía médica y resalta la importancia del trabajo multidisciplinario. (Láuz)

CONSIDERACIONES ESTRATÉGICAS:

De acuerdo a la misión y a la visión establecidas para una institución es importante realizar el análisis de la organización y su entorno.

“El análisis FODA es una técnica que permite identificar y evaluar los factores positivos y negativos del “ambiente interno” y del “ambiente externo” y adoptar decisiones sobre objetivos, cursos de acción y asignación de recursos sustentados en este análisis”. (CEPRE)

Este análisis se utiliza para identificar las oportunidades, obstáculos, amenazas y fortalezas.

De este análisis surge una lista de factores críticos o estratégicos que enfrenta la organización y una definición de prioridades, a partir de las cuales se elabora el Plan Estratégico.

Es importante tener en cuenta que si bien en la “administración pública estos objetivos están en parte definidos por el marco normativo y por las prioridades de gobierno”, la institución tiene un espacio para definir sus alternativas y darle un perfil propio al proceso.

“Los objetivos, las metas, los indicadores y las iniciativas brindan a la organización una importante herramienta para manejar sus recursos.”

REDEFINIR INDICADORES:

En el marco de la estrategia de crecimiento con equidad surge la necesidad de analizar el valor de los actuales indicadores elaborados por el sector.

Algunos aspectos cobran fundamental importancia: territorialidad, género, factores de riesgo y problemas emergentes.

1. Territorialidad

El fortalecimiento del primer nivel de atención pone de relieve la importancia de contar con información referida específicamente al territorio asignado a cada centro. Esta información local es esencial para la planificación y la toma de decisiones en el área de referencia. También es importante complementar esta información local con un análisis global que permita ubicar a cada centro en relación al resto del país y permita medir la desviación de cada indicador con respecto a los promedios nacionales. (Magnífico)

Este aspecto busca lograr un objetivo fundamental que es la atención adecuada de la demanda en cada localidad. “La complejidad de la demanda debe ir acompañada de la complejidad de los servicios, ya que es posible resolver casi todos los problemas de salud diarios de la población cuando existe una capacidad adecuada de resolución en los servicios básicos de salud”. (Azevedo)

La D.N.S.FF.AA. y el nuevo modelo de Atención

Para apoyar esta tarea es fundamental que la institución disponga en forma regular de publicaciones con indicadores locales elaborados de acuerdo a las necesidades actuales.

Los responsables de la salud de un territorio definido deberían contar al menos con la información censal del área, nacimientos, mortalidad, morbilidad, medio ambiente.

2. Género

“En el ámbito de la salud se llama enfoque de género al estudio de la realidad social, cultural y económica en que viven y trabajan hombres y mujeres, para determinar las diferencias y efectos que esa realidad implica.” (Pinto)

Para aclarar este concepto se muestran algunos ejemplos:

- Las mujeres viven más que los hombres pero consultan más en los servicios de salud.
- En el Uruguay actualmente existe una brecha en la esperanza de vida de hombres y mujeres, con una sobre mortalidad masculina que ha ido aumentando en los últimos años.
- La mortalidad masculina por accidentes y violencia es mucho más elevada.

Más allá de estas características generales, que se repiten en muchos países, es importante analizar las características de los usuarios de la D.N.S.F.F.AA. en función de este eje.

3. Enfermedades emergentes

Por definición una enfermedad infecciosa emergente es “una infección nueva, re-emergente o droga-resistente cuya incidencia en humanos se ha incrementado en las últimas dos décadas, o cuya incidencia amenaza aumentar en el futuro próximo”. (Jormanainen)

Este tema sumamente complejo y dinámico, puede ser abordado a partir de una estrategia de expectativa armada que permita por un lado la vigilancia de nuevos eventos (por ejemplo es el caso de la notificación de síndromes hemorrágicos febriles) y por otro que permita implantar respuestas rápidas y

adecuadas ante el surgimiento de epidemias. También se debe insistir en el conocimiento, seguimiento y control de los factores de riesgo como forma de prevención.” (CDC)

En algunas situaciones es posible llevar a cabo un estudio previo de los diferentes escenarios posibles, que constituya una importante herramienta de análisis frente a las epidemias. (van Genutgten)

En algunas situaciones de riesgo inminente, como es el caso del dengue en aquellas zonas donde se ha identificado la presencia del vector, es fundamental mantener una vigilancia activa y tener un plan de contingencia adecuado y actualizado. (Aviles)

Algunos aspectos importantes a tener en cuenta son el control de reservorios potenciales de *Aedes Aegypti* (Parque Nacional de Santa Teresa y Unidades de todo el país), control de zoonosis (leptospirosis, hanta virus), control de enfermedades importadas (efectivos que viajan en Misión de Paz, animales ingresados al país sin autorización de zonas de riesgo como los monos pequeños). (Glass, Pinner)

4. Factores de riesgo

La importancia de identificar riesgos a nivel local como insumo imprescindible para la planificación de acciones preventivas en un área determinada, es un verdadero desafío para los equipos de conducción. Se define “riesgo” como la “probabilidad de un resultado adverso, o factor que aumente esa probabilidad”. (OMS Informe 2002)

A nivel mundial y por la carga de morbilidad que causan se consideran los diez factores más importantes: el bajo peso, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el alcoholismo, el agua insalubre, la falta de saneamiento, la carencia de hierro, el humo de combustibles sólidos en espacios cerrados, la hipercolesterolemia y la obesidad.

La evaluación de riesgos “es un procedimiento sistemático para estimar la carga de morbilidad y traumatismo debido a diferentes riesgos”.

Centrarse en los riesgos para la salud es la clave de la prevención. Esta tarea debe conseguir un equilibrio en los estudios y control entre los riesgos de toda la población y al mismo tiempo de los grupos muy vulnerables.

En el momento actual cobran importancia las enfermedades no transmisibles como los accidentes, las toxicomanías, cardiovasculares, oncológicas, nutricionales, etc. (Thacker)

Las acciones enfocadas a promover hábitos de vida saludables son una de las más importantes en esta área.

El Servicio de Educación para la Salud, orientado a la capacitación de los usuarios, es otra de las fortalezas institucionales que debe ser apoyada.

SITUACIÓN INSTITUCIONAL

MARCO LEGAL

Una de las fortalezas de la institución es el decreto del Poder Ejecutivo N° 356/1999 del 16 de noviembre de 1999, sobre Política sanitaria de las FFAA (Anexo I).

En el mismo se establecen varios puntos que es importante señalar y analizar:

- La finalidad de “enmarcar el funcionamiento de nuestra política sanitaria dentro de la Política de Gestión de Salud a nivel nacional”. (Considerando)
- La intención de desarrollar “todas las potencialidades de la Medicina Preventiva y de satisfacer las necesidades de salud a través de acciones de promoción, de asistencia y de rehabilitación”. (Artículo II)
- La intención de procurar, sin prejuicio de su especificidad, que “las acciones desarrolladas ... coadyuven a las llevadas a cabo por el sector salud a nivel nacional transformándose en un valioso copartícipe auxiliar de éste”. (Artículo III)
- El deber de “establecer un Sistema Integral de Atención de salud militar instrumentar un sistema

de información centralizada que permita aportar los elementos necesarios para la planificación y toma de decisiones Planificar la articulación de recursos ... definir las políticas de docencia e investigación ...”. (Artículo IV)

- La necesidad de “desarrollar un modelo de atención médica ... en base a los siguientes lineamientos”:
 - regionalización de la atención médica
 - integración al sector Nacional de salud
 - establecer tres niveles de atención: el Primer Nivel integrado por los Centros de Atención de las Unidades (CAU) y los Centros de Atención de Primer Nivel (CAP). “Los CAP brindarán atención de Primer Nivel de complejidad a todos los usuarios que corresponda, residentes en la zona de influencia”. (Artículo V)

LÍNEAS DE ACCIÓN PRIORITARIAS

En esta propuesta y desde una visión de la mesogestión (nivel institucional) tendiente a consolidar fortalezas, se consideran tres áreas potencialmente muy fructíferas: la formación de recursos humanos, la investigación local y los sistemas de información.

Sistemas de Información adecuados.

La información que se recoge en una institución debe ser útil para la toma de decisiones y accesible económicamente, con un costo razonable en relación a los beneficios que brinda.

En la elección de los indicadores siempre debe tenerse en cuenta las siguientes características: relevancia, objetividad, ser inequívocos, completitud, sensibilidad y accesibilidad.

Los datos recogidos deben brindar información sobre los tres niveles de gestión y sobre la estructura, el proceso y los resultados.

Investigación de líneas prioritarias.

La orientación de la investigación hacia líneas prioritarias institucionales es un aspecto muy

La D.N.S.FF.AA. y el nuevo modelo de Atención

importante, aunque complejo. Parte de la investigación se realiza a en función de intereses particulares de los profesionales involucrados. A su vez los financiadores externos promueven líneas de investigación de acuerdo a sus intereses empresariales que no siempre coinciden con los de la institución. A su vez la institución gasta recursos humanos y materiales, y expone, en el caso de las investigaciones clínicas a sus usuarios a potenciales riesgos.

A fin de potenciar la realización de investigaciones propias, orientadas fundamentalmente al Primer Nivel de Atención, o a resolver problemas propios, es importante contar con estímulos específicos. En esta línea de acción cobra gran importancia el Proyecto de un Fondo Concursable que está en etapa de implementación.

También es importante consolidar las actividades del Comité Científico y el Comité de Ética, fortaleciendo su trabajo y asignando los recursos necesarios.

Capacitación de recursos humanos.

La capacitación de los recursos humanos es uno de los pilares claves que debe sustentar cualquier reforma.

Existen a nivel institucional muchas fortalezas y experiencia acumulada. El Servicio de Educación Continua, cumple un rol fundamental en el liderazgo de la capacitación profesional. Desde fines del año 2004 la D.N.S.FF.AA. está acreditada ante la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina. Durante el año 2005 se han organizado varias actividades también acreditadas.

CONCLUSIONES

El Sector Salud se enfrenta actualmente en un momento de cambio, tanto a nivel regional como nacional.

Como todo cambio es un desafío y una oportunidad para repensar y redefinir aspectos importantes a nivel institucional, orientados a una mejora en el cumplimiento de la misión asignada.

Algunas características de este cambio propuesto son fortalecer la descentralización, promover una estrategia de Atención Primaria en Salud y extender y consolidar el Primer Nivel de Atención.

Para poder avanzar en esta reforma es imprescindible contar con información oportuna y adecuada, que sirva de insumo para la planificación estratégica y también permita evaluar los avances del proceso.

La D.N.S.FF.AA., como integrante del sector salud, está participando de este proceso. Es importante analizar las fortalezas y debilidades internas, para consolidar y potenciar todos aquellos aspectos que ya están orientados hacia los objetivos actuales. En este sentido, el Decreto N° 356/999 sobre Política Sanitaria de las Fuerzas Armadas constituye un marco jurídico de gran valor para las líneas de acción a seguir.

Dentro de este proceso hay algunas áreas estratégicas como los sistemas de información, la formación de recursos humanos y la investigación orientada a aspectos prioritarios, que es necesario adecuar a las nuevas metas, para potenciar y consolidar el cambio.

BIBLIOGRAFIA

Aviles G, Rangeón G, vorndam V, Briones A, Baroni P, Enria D, Sabattini MS. **Dengue Reemergence in Argentina.** *Emerg Infect Dis*, 1999, 575-578

Azevedo Mercadante O, Yunes J, Chorny AH. **Descentralización y municipalización de los servicios de salud en San Pablo, Brasil.** *Bol Oficina Sanit Panam* 116 (5), 1994

Brito Quintana P. **Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral** *Rev Panam Salud Pública* 8 (1/2), 2000

CDC. **Preventing Emerging Infections Disease. A strategy for the 21 st Century.** Atlanta, Georgia. Octubre, 1998.

CEPRE – OPP- Presidencia de la República. **Guía Metodológica de Planificación Estratégica.** Mayo 2005.

Glass G, Cheek J, Patz JA, Shields TM, Doyle T, Thoroughman DA y col. **Using Remotely Sensed Data to Identify Areas at Risk for Hantavirus Pulmonary Syndrome.** *Emerg Infect Dis*, 2000, 238-247

González García, Infante A, de la Mata I, López-Acuña D. **Reforma de los sistemas de salud en América latina y el caribe: Situación y tendencias.** *Rev Panam Salud Pública* 8 (1/2), 2000

Jormanainen V, Jousimaa J, Kunnamo I, Ruutu P. **Physicians Database searches as a tool for Early Detection of Epidemics.** *Emerg Infect Dis*, 2001, 474-476.

Láuz I. **La participación ciudadana en salud. Desafíos y perspectivas desde el trabajo social.** *Trabajo Social.Revista Regional. AñoXIX, N°33, 2005.*

Magnífico G, Noceti C, Rodríguez N. MSP – ASSE. **Planificación de la Red Asistencial de ASSE.** Abril 2002. Uruguay.

Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, Guerra de Macedo C, Hanna W, Larrieu M, Ubilla S, Cevallos JL. **Las funciones esenciales de la salud pública: una tarea emergente a las reformas del sector salud.** *Rev Panam Salud Pública* 8 (1/2), 2000

OMS. **Informe sobre la salud en el mundo. 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana.** Panorama General.

OPS. **Reunión Consultiva Regional de las Américas sobre la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud.** *Rev Panam Salud Pública*, 10 (1), 2001

Pinner R, Rebmann C, Schuchat A, Hughes JM. **Disease surveillance and the Academic, Clinical and Public Health Communities.** *Emerg Infect Dis*, 2003, 781-787

Pinto Dias JC. **Las enfermedades tropicales y el enfoque de género.** *Bol Oficina Panam* 121 (3), 1996

Ross AG, Cevallos JL, Infante A. **La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe.** *Rev Panam Salud Pública* 8 (1/2), 2000

Simonet Thacker SB. **How Do We Ensure the Quality of the Public Health Workforce?** Editorial. *Preventing Chronic Disease Public Health Research, Practice and Policy*, Vol 2, N° 2, Abril 2005.

Van Genutgeten MLL, Heijnen MLA, Jager JC. **Pandemic Influenza and Healthcare demand in the Netherlands. Scenario Analysis.** *Emerg Infect Dis*, 2003, 531-538.

Vergara C. **El contexto de las reformas del sector de la salud.** *Rev Panam Salud Pública* 8 (1/2), 2000.

La D.N.S.FF.AA. y el nuevo modelo de Atención

ANEXO

POLITICA SANITARIA DE LAS FUERZAS ARMADAS

**Decreto del Poder Ejecutivo N° 356/999
de 16 de Noviembre de 1999**

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

Montevideo, 16 de noviembre de 1999

VISTO: las actuaciones por las cuales la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas solicita se reglamente la Política Sanitaria de las Fuerzas Armadas.

CONSIDERANDO: I) la necesidad de racionalizar el empleo de los medios humanos y materiales disponibles, a fin de enmarcar el funcionamiento de nuestra política sanitaria dentro de la Política de Gestión de Salud a nivel nacional.

II) lo informado por la Dirección Nacional mencionada, en tal sentido de que la presente reglamentación cuenta con la aprobación de los señores Comandantes en Jefe del Ejército, Armada y Fuerza Aérea.

ATENCIÓN: a lo precedentemente expuesto, a lo dictaminado por la Asesoría Letrada del Ministerio de Defensa Nacional y a lo preceptuado por el artículo 271 del Decreto-Ley 14.157 (Orgánico de las Fuerzas Armadas) de 21 de febrero de 1974, en la redacción dada por el artículo 110 de la Ley 16.320 de 1ro. de noviembre de 1992, Decreto-Ley 15.675 de 16 de noviembre de 1984, en la redacción dada por la Ley 15.903 de 10 de noviembre de 1987, artículo 1ro. de la Ley 16.720 de 13 de octubre de 1995, artículos 4to. y 5to. del Decreto-Ley 14.747 (Orgánico de la Fuerza Aérea) de 28 de diciembre de 1977, Decreto 449/984 de 11 de octubre de 1984 en la redacción dada por el Decreto 145/994 de 13 de abril de 1994, Decreto 30/990 de 30 de enero de 1990 y 475/996 de 10 de diciembre de 1996 y Resolución del Ministerio de Defensa Nacional 20.242 de 1ro. de setiembre de 1988.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

DECRETA:

ARTICULO 1ro.- Apruébase la Reglamentación de la Política Sanitaria de las Fuerzas Armadas, la cual quedará redactada de la siguiente manera:

Artículo I.- La Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas, para cumplir la misión establecida en el artículo 271 del Decreto-Ley 14.157 (Orgánico de las Fuerzas Armadas) de 21 de febrero de 1974, en la redacción dada por el artículo 110 de la Ley 16.320 de 1ro. de noviembre de 1992, deberá cubrir las necesidades de salud de los integrantes de las Fuerzas Armadas y de su familia, en la medida de lo dispuesto en el Decreto 449/984 de 11 de octubre de 1984 en la redacción modificativa dada por el Decreto 145/994 de 13 de abril de 1994.-

Artículo II.- Deberá asimismo cubrir y complementar las necesidades de salud en las áreas que se indican:

A) Personal Militar en situación de actividad, civiles equiparados y civiles en dicha situación, alumnos de escuelas o liceos y reservistas (acorde a los Decretos 449/984 y 145/994 mencionados): satisfacer las necesidades de salud desarrollando todas las potencialidades de la Medicina Preventiva ya sea en estado de salud, enfermedad o incapacidad, priorizando las acciones de Medicina Operacional. -

B) Personal Militar y equiparados en situación de retiro, civiles en situación de jubilación y familiares que corresponda: satisfacer las necesidades de salud a través de acciones de promoción, de asistencia y de rehabilitación.-

Artículo III.- Consecuentemente con lo establecido en los artículos anteriores y sin perjuicio de su especificidad,

procurará que las acciones desarrolladas para el cumplimiento de lo dispuesto en los mismos, coadyuven a las llevadas a cabo por el sector salud a nivel nacional transformándose en un valioso copartícipe auxiliar de éste.-

Artículo IV.- *La Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas ejercerá la dirección general, planificación, supervisión, coordinación y evaluación de todos los órganos ejecutores de atención médica directamente afectados a la Misión, en coordinación con los Servicios Sanitarios de cada Fuerza y del Ministerio de Defensa Nacional, para lo cual deberá:*

A) Realizar la planificación estratégica, organizar, supervisar, coordinar y evaluar los programas de desarrollo de los órganos ejecutores de la atención de la salud.-

B) Realizar la apertura programática de tal forma de instrumentar acciones adecuadas para satisfacer las necesidades y la demanda real y potencial.-

C) Establecer un sistema integral de atención de salud militar.-

D) Coordinar la definición de estrategias para las situaciones de conflicto y de guerra, en consideración a las peculiaridades técnicas sanitarias atinentes a cada Fuerza.

E) Instrumentar un sistema de información centralizada que permita aportar los elementos necesarios para la planificación y toma de decisiones.

F) Racionalizar y reorganizar las actuales estructuras sanitarias en base a los Programas de Salud establecidos.-

G) Determinar proyectos, normas-técnicas y administrativas, que permitan una mayor uniformidad, coordinación, eficiencia y eficacia, de las prestaciones de atención de la salud.-

H) Estructurar los planes de administración y distribución de tecnología y recursos materiales acorde a la Política de Salud establecida.-

I) Optimizar la administración de los recursos humanos, materiales y financieros disponibles, buscando perfeccionar la calidad de las prestaciones.-

J) Planificar la articulación de recursos en base a la población real, su distribución geográfica, grupos etarios, situación socio-económica y Programas de Salud establecidos a nivel Institucional y Nacional.

K) Administrar los recursos humanos, estructurando planes de reclutamiento, políticas de destino, plan de carrera y determinando las perfiles de los profesionales y de los técnicos que han de integrar los diferentes niveles de atención.-

L) Unificar la metodología de los procedimientos administrativos comunes y la nomenclatura, instituyendo para ello manuales de normas y procedimientos de la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas.-

M) Definir las políticas de Docencia e Investigación a aplicar en el ámbito de las estructuras sanitarias de la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas.-

N) Analizar la articulación de la capacidad actual, como base para situaciones de movilización, desastre o emergencia nacional.-

Ñ) Definir las políticas de control y preservación del medio ambiente a aplicar en el ámbito de las Fuerzas Armadas, en coordinación con los organismos nacionales competentes.-

Artículo V.- *La Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas desarrollará progresivamente un modelo de atención médica para el cumplimiento de las políticas instituidas y de las coordinaciones establecidas, acorde a lo dispuesto en los artículos anteriores, centralizando su planificación, supervisando y evaluando su ejecución*

La D.N.S.FF.AA. y el nuevo modelo de Atención

descentralizada y promoviendo su integración al sistema sanitario nacional, adecuando los recursos disponibles, en base a los siguientes lineamientos.-

A) Desarrollo de la regionalización de la atención médica según niveles de complejidad de servicios y de atención progresiva del usuario.

B) Integración al Sector Nacional de Salud, sin perjuicio de mantener la especificidad correspondiente al ámbito militar.

C) Establecer un sistema de salud de las Fuerzas Armadas, con tres niveles de atención como modelo asistencial para el personal militar en actividad, en retiro, los familiares y demás beneficiarios que le corresponda, que se desarrollará en los siguientes niveles de complejidad:

1) Primer Nivel de Atención.-

a) Desarrollará sus acciones en los Centros de Atención de las Unidades (C.A.U.) y los Centros de Atención del Primer Nivel (C.A.P.).-

b) Los C.A.U. brindarán atención exclusivamente al personal militar, equiparado o civil de cada unidad.-

c) Los C.A.U. dependerán del Servicio Sanitario de la Fuerza respectiva y las estructuras sanitarias del Ministerio de Defensa Nacional dependerán del Servicio Sanitario del mismo.-

d) Los C.A.U. desarrollarán actividades de Medicina General, Odontología, Educación Sanitaria, Medicina Preventiva y Operacional adecuándose esta estructura técnica a la que la demanda justifique.-

e) Los C.A.P. brindarán atención del Primer Nivel de complejidad a todos los usuarios que corresponda, residentes en su zona de influencia.-

f) Los Centros de Atención de Primer Nivel (C.A.P.), dependerán técnicamente de la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas y se coordinará con cada una de las Fuerzas la transición de su dependencia administrativa a dicha Dirección Nacional. Desarrollarán actividades de Medicina General, Pediatría, Ginecología, Medicina Preventiva, Educación para la Salud y Odontología, adecuándose esta estructura a la que la demanda justifique.-

2) Segundo Nivel de Atención.-

a) Será brindado por algunos Centros que también realicen Atención de Primer Nivel en la zona, por el Hospital Central de las Fuerzas Armadas y por los Hospitales Departamentales del Ministerio de Salud Pública cuando corresponda, de acuerdo a los convenios vigentes.-

b) Desarrollarán las acciones propias del Segundo Nivel en lo ambulatorio y en la internación hospitalaria para personal militar en actividad, retiro, equiparados y civiles en actividad y en retiro y para los que les corresponda.-

c) En caso de que las circunstancias lo requieran y establecida una regionalización en Salud, existirá en cada región un Centro de Atención Regional para la atención ambulatoria de las especialidades necesarias en cada una de ellas, así como atención inmediata las veinticuatro horas del día. -

d) Las estructuras sanitarias del Segundo Nivel dependerán de la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas, salvo las del Ministerio de Salud Pública que actuarán de acuerdo a los convenios vigentes.-

3) Tercer Nivel de Atención.

Estará a cargo del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, para el personal militar en actividad, retiro, equiparados y civiles en actividad, retiro, alumnos de escuelas o liceos, reservistas y para los familiares de los mismos a los que les corresponda recibir asistencia. El Hospital Central de las Fuerzas Armadas dependerá de la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas y desarrollará la totalidad de las actividades que requieran la atención de la Salud.-

D) Los Servicios Sanitarios de las Fuerzas dependerán en lo operativo del respectivo Comando de la Fuerza y en lo técnico-administrativo de la Dirección Técnica de la Dirección Nacional de Sanidad, la cual integrará un Organismo Coordinador quien planificará, supervisará, evaluará y asesorará sobre el modelo de atención médica determinado por la Dirección Nacional de Sanidad.-

Artículo VI.- *Para el cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 4to. y 5to. del Decreto-Ley 14.747 (Orgánico de la Fuerza Aérea) de 28 de diciembre de 1977, se excluye a los órganos de atención de la Medicina Aeroespacial de la Fuerza Aérea del Sistema General de Salud, los que mantendrán los criterios técnico-administrativos del*

mismo y una estrecha colaboración a través del Organo de Coordinación.-

Artículo VII.- *Asimismo serán excluidos del Sistema General de Salud, aquellos órganos responsables de realizar acciones de salud vinculadas a la Medicina Operacional Específica y que fueren creados en el ámbito de cada Fuerza, los que mantendrán los criterios técnicos administrativos del mismo y una estrecha colaboración a través del Organo de Coordinación.-*

ARTICULO 2do.- *Comuníquese, publíquese y pase a la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas para su conocimiento y efectos pertinentes. Cumplido, archívese.-*
FERNANDEZ FAINGOLD, JUAN LUIS STORACE.

