



## *H. Cámara de Diputados de la Nación*

**Expte. 919-D-2010**

### **PROYECTO DE LEY**

*El Senado y la Cámara de Diputados...*

**SANCIONAN CON FUERZA DE LEY**

### **SISTEMA UNICO DE SALUD**

#### **CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES**

Art. 1º.- La presente ley tiene por objeto contribuir a garantizar la accesibilidad, la equidad y la calidad y la participación en la atención integral de su salud a todos los habitantes del territorio nacional, mediante el ordenamiento de los recursos públicos prestacionales y económicos en un Sistema Único de Salud (SUS).

Art. 2º.- Los recursos prestacionales, a los fines de la presente ley, comprenden el conjunto de efectores que ejecutan actividades de salud, incluyendo promoción, prevención, atención básica y especializada, rehabilitación, diagnóstico y tratamiento, de salud pública, de producción sanitaria, de investigación en salud y de fiscalización sanitaria, pertenecientes al Estado nacional, provinciales y municipales, a las obras sociales nacionales y provinciales, a las universidades nacionales y a las fuerzas armadas y de seguridad.

Art. 3º.- Los recursos económicos son todos aquéllos destinados a inversión, desarrollo y funcionamiento en materia de salud por el Estado nacional, las provincias y municipios, las obras sociales nacionales, provinciales, universitarias, y las fuerzas armadas y de seguridad.

Art. 4º.- Los efectores del sector privado pueden incorporarse voluntariamente al SUS establecido por la presente ley, quedando en tal caso obligados al cumplimiento de sus disposiciones.

Art. 5º.- Los efectores del sector privado no incorporados al SUS quedan igualmente bajo el control y fiscalización de las respectivas autoridades sanitarias jurisdiccionales en las materias de su competencia.

#### **CAPÍTULO II. OBJETIVOS, GARANTÍAS Y ALCANCES**

Art. 6º.- El SUS establecido por la presente ley tiene como objetivos:

- a) Desarrollar condiciones efectivas y universales de accesibilidad, equidad, calidad y participación en la atención integral de salud para todos los habitantes del territorio nacional;
- b) Alcanzar la cobertura universal y pública por parte del Estado;
- c) Lograr la coordinación y la cooperación de la Nación, de las Provincias y Municipios para la superación de las desigualdades en salud;
- d) Propiciar la colaboración entre el sector público y el privado para la prestación de servicios de atención de salud;

- e) Garantizar la igualdad de oportunidades de ejercicio y de trabajo, y la posibilidad de circulación con conservación del trabajo para los profesionales y trabajadores en el ámbito del SUS;
- f) Promover la integración y coordinación permanente del SUS con los sistemas de salud de los países del MERCOSUR.

Art. 7º.- El SUS debe garantizar a todos los habitantes del territorio nacional:

- a) Accesibilidad a todas las prestaciones de salud establecidas en la presente ley y su reglamentación, con la mayor cercanía posible a los lugares de residencia;
- b) Adecuación regional y descentralizada de la atención y de la organización a las necesidades, expectativas y características culturales de las poblaciones;
- c) Movilidad, entendida como accesibilidad garantizada con independencia del lugar del territorio nacional en el que se encuentre un habitante en el momento de necesitar atención de su salud;
- d) Tiempo máximo de espera, acordado para todas las prestaciones programadas, con excepción de los trasplantes y otras de previsión temporal impracticable que determine la reglamentación;
- e) Información adecuada y permanente sobre las prestaciones de salud garantizadas, sobre la forma de acceso a las mismas, y sobre los derechos establecidos en la presente;
- f) Seguridad y calidad, con un mínimo establecido de exigencias para la habilitación, funcionamiento y continuidad de los efectores de salud, públicos y privados, pertenezcan o no al SUS;
- g) Participación ciudadana en la planificación, gestión y control del sistema, a través de instancias y mecanismos específicos.

Art. 8º.- Son titulares de los derechos y garantías establecidos en la presente ley todas las personas argentinas y extranjeras residentes en el territorio nacional.

Art. 9º.- Es responsabilidad principal y permanente del SUS la garantía del ejercicio efectivo de los derechos establecidos en la presente con criterios de igualdad de género, de accesibilidad para los pueblos originarios, y en general para todos los grupos de población con especial dificultad para el acceso por razones culturales, lingüísticas, religiosas o sociales o de cualquier otro orden; mediante la adopción de medidas activas antidiscriminatorias a través de las autoridades sanitarias de los diversos niveles de gobierno.

Art. 10º.- Toda actividad de identificación y registro de las personas para su atención en el SUS tendrá como único propósito facilitar la accesibilidad, la inclusión y la mejor disponibilidad de la información clínica de cada persona. Están prohibidas las actividades administrativas que por cualquier mecanismo obstaculicen el acceso de personas o grupos poblacionales.

Art. 11º.- El SUS debe asegurar el ejercicio de los derechos y garantías establecidos en la presente a los inmigrantes y sus familias en todo el territorio nacional, en el marco de lo dispuesto por la Ley de Migraciones No. 25871 en sus artículos 6º y 8º.

Art. 12º.- El SUS debe promover acuerdos y convenios sobre sistemas específicos y recíprocos de atención en relación con los nacionales de los Estados miembros del MERCOSUR, y con respecto a los extranjeros en tránsito procedentes de países ajenos al MERCOSUR.

Art. 13º.- Son derechos de toda persona al asistirse en un efector del SUS:

- a) El acceso a las prestaciones necesarias en relación con su proceso de salud-enfermedad, a través del propio efector o de la red de servicios, con garantía de calidad de las mismas;
- b) El respeto a su personalidad, dignidad, identidad e intimidad;
- c) La inexistencia de discriminaciones de cualquier orden;

- d) La recepción de información oportuna, fehaciente y comprensible sobre su proceso de salud enfermedad, y la solicitud de su consentimiento informado cada vez que corresponda;
- e) La existencia de medidas tendientes a posibilitar la libre elección de profesional y el acceso a una segunda opinión ante su requerimiento;
- f) En el caso de enfermedades terminales, atención que preserve la mejor calidad de vida hasta su fallecimiento;
- g) Acceso a vías de participación, reclamo, quejas, sugerencias y propuestas habilitadas en el efector en que se asiste y en instancias superiores.
- h) La existencia de un Defensor de la Salud del Ciudadano a nivel del efector, del ámbito local y/o regional; como instancia orgánica con la misión de velar por el cumplimiento de los derechos en la atención de la salud; con las características y mecanismos de creación y funcionamiento que establezca la reglamentación.

### CAPÍTULO III. PLAN DE SALUD DEL SUS

Art. 14º.- El Plan de Salud es el conjunto de acuerdos básicos, en el marco de la presente ley, con respecto a la situación y prioridades de salud en todo el territorio nacional, y a los objetivos, estrategias y metas que constituyen las orientaciones generales del SUS para un período determinado. Debe ser elaborado, evaluado y actualizado periódicamente en los Congresos Nacionales de Salud previstos en la presente, y en todas las instancias dirigidas a promover la participación ciudadana que establezca la reglamentación. Asimismo, debe ser girado al Poder Legislativo para su análisis y ratificación.

Art. 15º.- El Programa Prestacional y la Cartera de Servicios son componentes operativos del Plan de Salud del SUS, y tienen por finalidad garantizar la atención de salud integral, integrada, continua y en el nivel adecuado de atención a todos los habitantes del territorio nacional.

Art. 16º.- El Programa Prestacional es el conjunto sistematizado de acciones de salud, formas de atención y niveles de intervención que integran el SUS.

Art. 17º.- El Programa Prestacional comprende los siguientes componentes:

- a) Atención básica;
- b) Atención especializada;
- c) Atención sociosanitaria;
- d) Rehabilitación;
- e) Atención de urgencia;
- f) Acciones de salud pública;
- g) Otras acciones no previstas que determine la reglamentación.

Art. 18º.- La atención básica abarca el conjunto de acciones de carácter inicial, frecuente, oportuno, continuado e integral a las personas y familias a lo largo de toda su vida, con proximidad a su residencia, con enfoque interdisciplinario e intersectorial, y con capacidad de resolución que permite resolver la mayor parte de los problemas de salud-enfermedad.

Las mismas incluyen:

- a) Atención programada de especialidades médicas básicas y de otras disciplinas, por demanda espontánea y por urgencia, en consulta y a domicilio;
- b) Indicación o prescripción y realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos;
- c) Dispensación de los medicamentos prescritos;
- d) Actividades de promoción de la salud, prevención, atención familiar y comunitaria; en especial, servicios específicos de salud de la mujer, salud reproductiva, violencia familiar y de género;
- e) Rehabilitación básica;
- f) Internación domiciliaria;
- g) Cuidados paliativos a enfermos terminales;

- h) Atención de salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada;
- i) Atención odontológica;
- j) Atención de la salud animal con incidencia en la salud humana.

Art. 19º.- La atención especializada comprende las acciones que por su contenido de especialización, complejidad, tecnología utilizada o menor prevalencia de uso, requieren un grado variable de concentración en centros de derivación, y que una vez aplicadas posibilitan que la persona pueda reintegrarse al nivel de atención básica. Las mismas incluyen:

- a) Consulta especializada de especialidades médicas y otras disciplinas;
- b) Internación general y especializada de baja, mediana y alta complejidad;
- c) Atención en hospital de día;
- d) Apoyo especializado en internación domiciliaria;
- e) Indicación o prescripción, y realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos correspondientes al nivel de atención;
- f) Atención paliativa a enfermos terminales;
- g) Atención de salud mental;
- h) Rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

La atención especializada se brindará, siempre que sea posible, mediante modalidades ambulatorias.

Art. 20º.- La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados generalmente a personas con procesos crónicos, que requieren de la interacción de servicios de salud y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

Art. 21º.- Se incluyen en la atención sociosanitaria las actividades asistenciales de larga duración, a personas convalecientes y con problemas sociales de naturaleza individual o sociofamiliar, provistas en un ámbito institucional o domiciliario, incluyendo el acompañamiento domiciliario y el traslado en los casos necesarios.

Art. 22º.- La rehabilitación comprende el conjunto de actividades específicas y especializadas en pacientes con déficit funcional recuperable en grados variables. Incluye asimismo el conjunto de prestaciones básicas y servicios específicos establecidos en la Ley No. 24901 de Sistema Integral de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

Art. 23º.- La atención de urgencia es el conjunto de acciones dirigidas a las personas cuya situación clínica hace impostergable la atención inmediata o en plazos perentorios. Comprende la atención médica y de enfermería en los efectores, en la vía pública y en domicilio, y los sistemas de traslado, durante las 24 horas del día.

Art. 24º.- Las acciones de salud pública son aquéllas dirigidas a la preservación y mejora de la salud de todas las personas a través de acciones colectivas o sociales. Comprenden:

- a) Información y vigilancia epidemiológica y sanitaria;
- b) Promoción de la salud, prevención de las enfermedades y de las deficiencias;
- c) Vigilancia y control de vectores y de riesgos derivados del tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros;
- d) Promoción y protección de la salud ambiental;
- e) Promoción y protección de la salud laboral;
- f) Promoción de la seguridad alimentaria;
- g) Otras que incluya la autoridad de aplicación.

Art. 25º.- La autoridad del SUS, a través de los mecanismos que establezca, elaborará y actualizará periódicamente los contenidos del Programa Prestacional.

Art. 26º.- Todos los habitantes del territorio nacional tendrán acceso a todas las prestaciones del Programa Prestacional. A tal fin la autoridad del SUS establecerá las responsabilidades primarias de los distintos niveles de gobierno, y formulará y aplicará los mecanismos de coordinación interjurisdiccional y de evaluación.

#### CAPÍTULO IV. CARTERA DE SERVICIOS

Art. 27º.- La Cartera de Servicios es el conjunto detallado de prestaciones, prácticas y procedimientos avalados científicamente, mediante los que se hace efectivo el Programa Prestacional.

Art. 28º.- La Cartera de Servicios será elaborada y actualizada periódicamente por la autoridad de aplicación a través de las instancias que establezca al efecto, debiendo ser aprobada por el Poder Ejecutivo Nacional.

Art. 29º.- La Cartera de Servicios aprobada en el orden nacional constituye el conjunto de exigencias mínimas para todo el territorio nacional, pudiendo las provincias y el GCBA disponer exigencias mayores en sus respectivas jurisdicciones.

Art. 30º.- Toda prestación, práctica o procedimiento incluido en la Cartera de Servicios, deberá reunir fehacientemente los siguientes requisitos:

- a) Constituir una acción eficaz para la prevención, diagnóstico o tratamiento de enfermedades, para la mejora de la expectativa de vida, del desempeño autoválido, la eliminación o alivio del dolor y el sufrimiento, o el mejor cuidado de grupos vulnerables;
- b) Aportar una mejora efectiva y evidente, o una reducción de costo con igual calidad, respecto de las otras alternativas existentes al momento de la inclusión;
- c) En el caso de tratarse de medicamentos o material sanitario, cumplir con las exigencias de la legislación vigente;
- d) En el caso de la tecnología de salud, ser previamente categorizada como tecnología adecuada, con inclusión en una base de datos de usos y especificaciones técnicas básicas, a ser considerado por todos los niveles de gobierno en la incorporación de equipamiento.

Art. 31º.- Toda nueva prestación, práctica o procedimiento, con carácter previo a su incorporación a la Cartera de Servicios, será sometida a la evaluación de los requisitos fijados en el artículo anterior. El ANMAT será la autoridad técnica de evaluación en las materias de su competencia.

Art. 32º.- La exclusión de una prestación, práctica o procedimiento de la Cartera de Servicios se decidirá en las circunstancias siguientes:

- a) Evidenciarse su falta de eficacia, efectividad o eficiencia, o un balance entre beneficio y riesgo significativamente desfavorable;
- b) Perder su interés sanitario como consecuencia del desarrollo tecnológico y científico;
- c) Dejar de cumplir los requisitos establecidos por la legislación vigente.

Art. 33º.- La autoridad del SUS, a través de los niveles de gobierno correspondientes, autorizará la realización y la financiación de determinadas prestaciones, prácticas o procedimientos por los efectores solamente cuando las mismas estén incluidas en la Cartera de Servicios.

Art. 34º.- Entiéndese por uso tutelado, la realización de una determinada prestación, práctica o procedimiento bajo determinadas condiciones técnicas de evaluación, a fin de establecer su grado de seguridad antes de aprobar su inclusión en la Cartera de Servicios.

Art. 35º.- El uso tutelado se efectuará previa autorización de la autoridad de aplicación, en base a un diseño de investigación con las garantías bioéticas y de

seguridad correspondientes, por períodos de tiempo limitados, en centros expresamente autorizados.

## CAPÍTULO V. ORGANIZACIÓN DEL SUS

Art. 36º.- La autoridad del SUS promoverá bases y criterios organizativos uniformes en todo el territorio nacional, especialmente en materia de organización prestacional, de formación y actividad profesional, de información sanitaria, de investigación en salud, de medicamentos y tecnología, y de calidad; a fin de asegurar los derechos y garantías establecidos en la presente a todos los habitantes.

Art. 37º.- La organización prestacional del SUS se basa en la estrategia de atención primaria, con el ordenamiento de los efectores con criterio de redes, en tres niveles de atención categorizados por riesgo y/o capacidades de resolución; con la jerarquización del primer nivel.

Art. 38º.- La organización del primer nivel se basa en los siguientes criterios:

- a) Constituir la instancia de ingreso y de seguimiento de las personas en las redes de atención, tendiendo a la adscripción de grupos poblacionales definidos a equipos de salud interdisciplinarios, con base geográfica determinada;
- b) Realizar las actividades de atención correspondientes de acuerdo al Programa Prestacional, garantizando la calidad de las mismas, y estableciendo articulaciones horizontales y con los otros niveles, con criterio de redes y mecanismos de referencia y contrarreferencia;
- c) Ejecutar a nivel local los programas provinciales, regionales y nacionales;
- d) Coordinar e implementar en su ámbito el sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria;
- e) Promover todas las instancias de participación comunitaria y del equipo de salud.

Art. 39º.- La autoridad del SUS propiciará la progresiva concentración de los servicios de primer nivel en el ámbito de los municipios, la descentralización de la gestión a los mismos, y la integración o coordinación con los efectores de nivel similar pertenecientes a la seguridad social.

Art. 40º.- El segundo nivel de atención comprende todas las acciones y servicios de atención y diagnóstico y tratamiento ambulatorios especializados, y de internación de baja y mediana complejidad.

Art. 41º.- La organización del segundo nivel se basa en los siguientes criterios:

- a) Programar su actividad prestacional y su capacidad de respuesta principalmente en base a los estudios epidemiológicos y a la demanda programada del primer nivel de atención;
- b) Realizar las actividades de atención correspondientes de acuerdo al Programa Prestacional, garantizando la calidad de las mismas, estableciendo articulaciones horizontales y con los otros niveles, con criterio de redes y mecanismos de referencia y contrarreferencia;
- c) Ejecutar las actividades correspondientes de los programas provinciales regionales y nacionales;
- d) Participar en la implementación y funcionamiento del sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria;
- e) Desarrollar nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la internación hospitalaria, tales como cirugía ambulatoria, participación en internación domiciliaria y hospital de día;
- f) Promover la participación comunitaria.

Art. 42º.- La autoridad de aplicación propiciará la progresiva concentración de los servicios de segundo nivel en la órbita de las provincias y del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Art. 43º.- El tercer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios que por su alta especialización y/o baja incidencia y/o alto costo tienen carácter de referencia para la red asistencial.

Art. 44º - La organización del tercer nivel se basa en los siguientes criterios:

- a) Programar su actividad prestacional y su capacidad de respuesta principalmente en base a los estudios epidemiológicos y a la demanda programada de las redes, garantizando la óptima capacidad de resolución de las necesidades de alta complejidad a través de equipos profesionales altamente especializados;
- b) Ejecutar las actividades correspondientes de los programas provinciales regionales y nacionales;
- c) Participar en la implementación y funcionamiento del sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria;
- d) Realizar las acciones de atención correspondientes de acuerdo al programa prestacional, garantizando los mecanismos de referencia y contrarreferencia con los otros niveles;
- e) Promover todas las instancias de participación comunitaria y del equipo de salud.

Art. 45º.- La autoridad nacional del SUS debe propiciar el desarrollo de las redes de efectores sobre la base de la distribución geográfica local, provincial y regional de la población, a fin de garantizar un adecuado acceso universal al primer nivel de atención y mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia.

Art. 46º.- La autoridad nacional del SUS debe intervenir activamente en la creación, desarrollo, funcionamiento y financiación de efectores y servicios de referencia y alta especialidad de tercer nivel, aunque los mismos dependan de otro nivel de gobierno jurisdiccional; procurando un desarrollo equilibrado de los mismos para una respuesta adecuada en las diversas regiones del país. Asimismo, deberá prever la creación de un fondo especial para la atención de problemas y prestaciones de baja incidencia y alto costo o catastróficas, a través del que asistirá a las provincias y municipios.

Art. 47º.- Los entes de cobertura pertenecientes al SUS deben garantizar a sus beneficiarios el acceso a una organización prestacional como la establecida por la presente, por sí o como integrantes de redes con otros terceros prestadores.

## CAPÍTULO VI. FORMACIÓN Y ACTIVIDAD PROFESIONAL

Art. 48º.- Créase una Comisión Nacional Permanente de Recursos Humanos en Salud, presidida por el Ministro de Salud de la Nación y con participación interjurisdiccional y de las organizaciones educativas, profesionales y académicas, la que entenderá en las actividades de análisis de necesidades profesionales en cantidad y perfil, en la planificación y diseño de programas de formación y desarrollo de recursos humanos, y en la definición de los criterios comunes de evaluación del ejercicio y de las competencias profesionales. La Comisión contará con un Observatorio de Recursos Humanos para el desarrollo técnico de sus actividades.

Art. 49º.- La Comisión de Recursos Humanos debe establecer instancias de cooperación permanente con las áreas de educación, trabajo y políticas sociales, con el fin de procurar el desarrollo de equipos de salud adecuados en cantidad, perfil profesional y distribución.

Debe analizar y proponer asimismo un régimen marco para los trabajadores de salud del subsector público, a ser considerado en todas las jurisdicciones, que establezca criterios comunes en materia de remuneraciones y condiciones laborales adecuadas y seguras, fomento del horario prolongado y dedicación

exclusiva, ingreso y promoción por concurso, educación permanente e igualdad de géneros.

Art. 50º.- La educación permanente es un criterio básico en la programación del SUS. Todos los efectores del SUS estarán disponibles para la educación de pregrado, postgrado y permanente, en la medida en que puedan ser garantizados los derechos de los usuarios y la calidad educativa.

Asimismo, el SUS dará prioridad a la provisión de los medios y condiciones adecuados en los efectores, para el desarrollo de la gestión clínica y de la atención de salud basada en evidencias científicas.

Art. 51º.- La autoridad del SUS desarrollará los mecanismos necesarios para la homologación directa y la validez en todo el territorio nacional, de los títulos y certificados profesionales y de especialistas otorgados por las diversas jurisdicciones, sobre la base de la garantía de requisitos mínimos por parte de los organismos formadores.

Art. 52º.- La autoridad del SUS promoverá la homologación de los títulos y certificados de las especialidades con los restantes países del MERCOSUR, sobre la base del cumplimiento de los requisitos mínimos fijados en las instancias correspondientes.

Art. 53º.- La autoridad sanitaria garantizará la mayor movilidad posible de los profesionales de salud en términos de facilitar su inserción laboral y su ejercicio en una jurisdicción distinta a la de origen, principalmente a través de la homologación de sus competencias y de las normas de ejercicio profesional en todas las jurisdicciones.

La autoridad nacional del SUS debe desarrollar mecanismos de promoción de la formación del recurso humano crítico y de radicación en zonas desfavorables, mediante los que cooperará con las autoridades provinciales y municipales.

## CAPÍTULO VII. INFORMACIÓN SANITARIA

Art. 54º.- Créase el Sistema de Información Sanitaria del SUS, con el propósito de dar respuesta adecuada a las necesidades de información sanitaria de las autoridades, los equipos de salud, los ciudadanos y las organizaciones sociales relacionadas con la salud.

Art. 55º.- El Sistema de Información Sanitaria deberá incluir los aspectos y datos demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, de salud y género, de recursos, acceso y cobertura, sanitarios y ambientales, bases de datos técnicas, científicas y académicas, y demás información necesaria para el conocimiento, seguimiento y decisión sobre la situación de salud y sobre el SUS. Incluirá asimismo información sobre el Programa Prestacional y la Cartera de Servicios del SUS.

Art. 56º.- La autoridad del SUS establecerá la definición y normatización de datos, la selección de indicadores y los requerimientos técnicos necesarios para la integración de la información y para su análisis.

Deberá contemplarse prioritariamente la uniformidad de las diversas fuentes de datos generales y jurisdiccionales, y la congruencia de los registros con los sistemas de vigilancia epidemiológica y sanitaria y de garantía de calidad.

Art. 57º.- El Sistema de Información de Salud estará a disposición de los diversos usuarios, en los niveles de acceso y difusión que se acuerden en el Consejo Federal del SUS. Toda información sanitaria en poder de los organismos del Estado es de dominio público, excepto la vinculada al secreto médico y a la intimidad de las personas. La autoridad nacional dará prioridad al desarrollo de los medios que permitan el acceso a la información en todo el territorio nacional, aún en las zonas más desfavorables, incluyendo las redes telemáticas.



Art. 58º.- Las autoridades provinciales y municipales aportarán al Sistema de Información Sanitaria los datos necesarios para su mantenimiento y desarrollo. Del mismo modo, tienen derecho de acceder y disponer de los datos que formen parte del sistema de información que precisen para el ejercicio de sus competencias.

#### CAPÍTULO VIII. INVESTIGACIÓN EN SALUD.

Art. 59º.- El SUS tiene como objetivos principales en materia de investigación:

- a) Garantizar el cumplimiento de los derechos y la protección de la población y de las personas y profesionales involucrados en la actividad de investigación;
- b) Promover la creación de instancias de evaluación ética y de evaluación de investigación en todos los niveles e instituciones del SUS relacionados con la actividad científica;
- c) Promover la investigación en salud en el subsector público como una prioridad nacional, tendiendo a su desarrollo equilibrado en todo el territorio;
- d) Propiciar la integración de la investigación científica con la actividad asistencial, la orientación al abordaje de los problemas de salud prioritarios, el enfoque interdisciplinario, y la transferencia de resultados científicos a la práctica asistencial;
- e) Favorecer el intercambio científico regional, nacional e internacional;
- f) Institucionalizar la cooperación técnica con Universidades nacionales y entidades académicas y científicas;
- g) Impulsar la creación y desarrollo de la carrera de investigador en salud en el marco de la política científica general.

Art. 60º.- EL SUS contará con una Comisión Nacional de Investigación en Salud, con participación interjurisdiccional, y de los organismos vinculados con la investigación, con el objeto de planificar las actividades tendientes al cumplimiento de los objetivos en investigación.

#### CAPÍTULO IX. POLÍTICA DE MEDICAMENTOS

Art. 61º.- El SUS tiene los siguientes objetivos en materia de medicamentos:

- a) Garantizar medicamentos eficaces, accesibles y seguros a toda la población;
- b) Desarrollar al máximo nivel la capacidad de evaluación de drogas y medicamentos, incluyendo bioequivalencia y biodisponibilidad, por los organismos técnicos específicos;
- c) Apoyar la investigación y la producción nacional de medicamentos;
- d) Desarrollar la producción pública de medicamentos, y el desarrollo de una red de laboratorios de producción de dependencia estatal, que intervenga en el aprovisionamiento de medicamentos del subsector público en todo el territorio nacional;
- e) Elaborar y actualizar un formulario terapéutico basado esencialmente en monodrogas, de uso obligatorio en todo el país;
- f) Desarrollar programas de medicamentos esenciales para facilitar el acceso a poblaciones vulnerables;
- g) Promover la educación médica continua en el uso científico, racional y ético de los medicamentos;
- h) Establecer limitaciones rigurosas a la venta libre y a la publicidad comercial de medicamentos.

Art. 62º.- El SUS contará con una Comisión Permanente de Formulario Terapéutico Nacional, con la coordinación del ANMAT, que elaborará y actualizará de manera permanente la composición del Formulario.

Art. 63º.- El Formulario Terapéutico Nacional y sus actualizaciones serán aprobadas por el Poder Ejecutivo Nacional, y uso será obligatorio en la adquisición, abastecimiento, prescripción y dispensación en todos los niveles e instancias del SUS.

Art. 64º.- Todas las actividades de registro, adquisición, información, prescripción y dispensación en materia de medicamentos deberán efectuarse utilizando la denominación genérica, denominación común internacional u otra que establezca el Formulario Terapéutico Nacional.

Art. 65º.- Rigen en materia de medicamentos los requisitos establecidos por la presente para la inclusión de prestaciones en la Cartera de Servicios.

## CAPÍTULO X. CALIDAD EN SALUD

Art. 66º.- Créase una Comisión Nacional de Calidad en Salud, en el ámbito de la autoridad del SUS, con integración de todas las jurisdicciones, y con participación de representantes de usuarios y organizaciones de la salud.

Art. 67º.- La Comisión tendrá como objetivos:

- a) Fijar indicadores y estándares mínimos de calidad a ser observados en los objetivos y metas de todos los efectores del SUS;
- b) Promover un sistema de calidad integral, con especial énfasis en la satisfacción del usuario;
- c) Formular y proponer exigencias mínimas de calidad y seguridad a observar en todos los efectores públicos y privados a fin de garantizar una actividad asistencial segura para usuarios y trabajadores;
- d) Elaborar y proponer los criterios para la acreditación pública de efectores;
- e) Desarrollar y difundir guías de práctica clínica y guías de práctica asistencial;
- f) Llevar un registro de buenas prácticas, que recogerá información sobre aquellas prácticas que ofrezcan una innovación o una forma de prestar un servicio mejor a la actual;
- g) Crear un registro de eventos adversos, que recogerá información sobre aquellas prácticas que hayan resultado un problema potencial de seguridad para el paciente.
- h) Promover la creación de instancias de calidad en las jurisdicciones, efectores y programas del SUS.

## CAPÍTULO XI. CONDUCCIÓN DEL SUS

Art. 68º.- La conducción del SUS es única, y la autoridad de aplicación es ejercida por los distintos niveles de gobierno a través de las competencias comunes y de sus respectivas competencias específicas, a saber:

- a) El Ministerio de Salud de la Nación ejerce las competencias comunes y las específicas del nivel nacional;
- b) Los Ministerios de Salud u organismos equivalentes de las respectivas provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires ejercen las competencias comunes y las específicas de los niveles provinciales;
- c) Las Secretarías de Salud u organismos equivalentes de los municipios ejercen las competencias comunes y las específicas de los niveles municipales;
- d) Las provincias podrán constituir asociaciones regionales con el carácter vinculante que acuerden para el desarrollo de sus acciones;
- e) Los municipios podrán constituir consorcios con el carácter vinculante que acuerden, para realizar en conjunto las acciones que les correspondan;
- f) Los respectivos niveles de gobierno adecuarán progresivamente su programación, organización, sistema de información y de evaluación, a los lineamientos generales y criterios producto de los acuerdos en el ámbito del SUS;
- g) La descentralización de competencias con la asignación de recursos adecuados para ejercerlas, de la Nación a las provincias y de las provincias a los municipios respectivamente, será un lineamiento permanente en la organización general del SUS;
- h) Los municipios tendrán como criterio organizativo prioritario, el desarrollo de todas las instancias posibles de participación social en la programación, la gestión y el control de las actividades sanitarias.

Art. 69º.- La Nación, las provincias y los municipios ejercerán en sus respectivos ámbitos las siguientes competencias comunes:

- a) Elaboración del plan de salud del nivel de gobierno correspondiente;
- b) Conducción de los efectores, redes y programas de su dependencia;
- c) Administración presupuestaria y financiera del sector;
- d) Evaluación, control y fiscalización de las acciones y servicios de salud, incluyendo al sector privado;
- e) Regulación y control del ejercicio profesional correspondiente al nivel;
- f) Celebración de acuerdos y convenios relativos a salud, saneamiento y medio ambiente;
- g) Organización del sistema de información sanitaria en el nivel correspondiente;
- h) Desarrollo de los programas y campañas nacionales en el nivel jurisdiccional;
- i) Participación en la formulación y ejecución de la política de recursos humanos para la salud, en la elaboración del proyecto de presupuesto del SUS, y en todo otro tema de acuerdo y decisión colectiva interjurisdiccional.

Art. 70º.- Son competencias nacionales específicas:

- a) Formulación, evaluación y apoyo de políticas de alimentación y nutrición para todo el territorio nacional;
- b) Participación en la formulación e implementación de las políticas ambientales, de saneamiento básico y de condiciones y medio ambiente de trabajo;
- c) Definición y coordinación de los efectores y redes referenciales de alta resolución; las redes de laboratorios de salud pública; y los sistemas de vigilancia epidemiológica y sanitaria;
- d) Establecimiento de normas y ejecución de la vigilancia sanitaria de puertos, aeropuertos, y fronteras;
- e) Establecimiento de criterios, métodos y estándares para control de calidad sanitaria de productos, sustancias y servicios de consumo y uso humano;
- f) Articulación con órganos educativos y de fiscalización de ejercicio profesional;
- g) Cooperación técnica y financiera a provincias y municipios para el perfeccionamiento de su desarrollo institucional;
- h) Formulación, sanción y aplicación de las normas de homologación de profesiones interprovinciales y con los países del MERCOSUR;
- i) Elaboración de normas para regular las relaciones entre el Sistema Único de Salud y los servicios privados que se contraten para atención de salud;
- j) Descentralización, previo acuerdo, de las acciones y servicios de salud que correspondan a los niveles provinciales y municipales;
- k) Colaboración con las jurisdicciones y las sociedades científicas en la elaboración de planes integrales de salud sobre los problemas de salud más prevalentes;
- l) Creación, conducción y evaluación de las Comisiones nacionales y otras instancias establecidas en la presente ley;
- m) Conducción y supervisión del programa nacional de trasplantes y todo otro programa de dependencia nacional directa.

Art. 71º.- Son competencias específicas de las provincias y del GCBA:

- a) Promoción de la descentralización a los municipios y comunas de las acciones y servicios correspondientes;
- b) Monitoreo, control y evaluación de las redes de servicios;
- c) Apoyo técnico y financiero a los municipios y comunas y ejecución supletoriamente de acciones y servicios de salud;
- d) Coordinación y ejecución complementaria de acciones y servicios de vigilancia epidemiológica, sanitaria, alimentación y nutrición y condiciones y medio ambiente de trabajo;
- e) Participación en las funciones de coordinación de servicios de la órbita nacional.
- f) Conducción y supervisión del programa jurisdiccional de trasplantes y todo otro programa de dependencia jurisdiccional directa.

Art. 72º.- Son competencias específicas municipales:

- a) Programación, organización, gestión, control y evaluación de las acciones y servicios de salud;
- b) Planeamiento, programación y organización de las redes regionalizadas del Sistema Único de Salud en conjunto con la conducción provincial;
- c) Ejecución de servicios de vigilancia epidemiológica, sanitaria, alimentación y nutrición, saneamiento básico y condiciones y medio ambiente de trabajo;
- d) Ejecución en el ámbito municipal de la política de insumos y equipamientos;
- e) Formación de consorcios administrativos intermunicipales;
- f) Celebración de contratos y convenios con entidades prestadoras de servicios privados de salud, y control y evaluación de su ejecución;
- g) Habilitación municipal, control y fiscalización de los servicios privados de salud.

## CAPÍTULO XII. CONSEJO FEDERAL DEL SUS

Art. 73º.- El Consejo Federal del SUS (COFESUS) constituye la instancia máxima de acuerdo y coordinación entre la Nación, las provincias y los municipios para la fijación de los lineamientos y organización del SUS.

Art. 74º.- El COFESUS está constituido por miembros plenos, miembros consultivos y miembros invitados.

Art. 75º.- Los miembros plenos del COFESUS son: el Ministro de Salud de la Nación, que estará a cargo de la Presidencia, y los Ministros de Salud o funcionarios de cargos equivalentes de las provincias y del GCBA, y una representación por los municipios y comunas, en número a definir por el propio cuerpo. La vicepresidencia será desempeñada por uno de los Ministros, elegido por todos los integrantes. El COFESUS contará con una Secretaría administrativa permanente, cuyo titular será propuesto por el Ministro de la Nación y ratificado por el mismo Consejo, y asistirá a las sesiones con voz y sin voto.

Asimismo, los municipios y comunas tendrán su ámbito propio en un Foro Municipal Permanente del COFESUS, en el que se analizará y promoverá el incremento de la participación municipal en el SUS, y el intercambio de buenas prácticas en la materia.

Art. 76º.- Los miembros consultivos permanentes del COFESUS serán:

- a) El presidente de la Superintendencia de Servicios de Salud;
- b) El Presidente del INSSJP;
- c) Una representación de las centrales de trabajadores;
- d) Una representación de las profesiones de salud;
- e) Una representación empresarial del sector salud
- f) Una representación de las Obras Sociales provinciales;
- g) Una representación de las Universidades nacionales;
- h) Una representación sanitaria de las Fuerzas Armadas y de Seguridad.
- i) Una representación de las organizaciones académicas de las profesiones de salud.

El número de miembros consultivos por sector será establecido por la reglamentación. Los miembros consultivos permanentes serán elegidos por las organizaciones a las que representan, las que comunicarán la designación a las autoridades del COFESUS.

Art. 77º.- El COFESUS podrá convocar a incorporarse como invitados permanentes o eventuales a las reuniones a todas aquellas personalidades o representantes de instituciones del ámbito público y privado y organismos sanitarios nacionales e internacionales y de la población, cuya participación sea considerada conveniente para el cumplimiento de sus objetivos.

Art. 78º.- Los miembros consultivos permanentes constituirán un Comité Consultivo, que tendrá por función informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del SUS, y en particular sobre:

- a) Los proyectos normativos que afecten a las prestaciones de salud y su financiación;
- b) El Plan de Salud, el Programa Prestacional y la Cartera de Servicios, cuando sean sometidos a su consulta;
- c) Las disposiciones o acuerdos del COFESUS, que afecten directamente a materias relacionadas con los derechos y deberes de los pacientes;
- d) Toda propuesta que por iniciativa propia considere oportuna acerca de la política sanitaria.

Art. 79º.- El COFESUS dictará su propio reglamento, y funcionará mediante reuniones ordinarias, extraordinarias y comisiones de trabajo que creará de acuerdo a sus necesidades.

Art. 80º.- Son funciones del COFESUS:

- a) Seguimiento permanente de la situación sanitaria de la población y adopción de metas en salud comunes para todo el territorio nacional;
- b) Coordinación de la adopción de acciones en salud regionales, provinciales y municipales, incluyendo la garantía de constitución y funcionamiento del Foro Permanente Municipal;
- c) Promoción de la participación poblacional y la coordinación intersectorial para el desarrollo del SUS;
- d) Elaboración y actualización periódica del Plan de Salud, el Programa Prestacional y la Cartera de Servicios del SUS;
- e) Establecimiento del uso tutelado de prácticas al que se refiere la presente ley;
- f) Definición de los tiempos máximos para garantizar el acceso a las prestaciones;
- g) Aprobación de las garantías mínimas de seguridad y calidad para la autorización de la apertura y puesta en funcionamiento de los centros, servicios y establecimientos sanitarios;
- h) Definición de los servicios de referencia del SUS;
- i) Formulación de los criterios básicos del ejercicio profesional tendientes a asegurar la movilidad de los profesionales en todo el territorio nacional;
- j) Promoción de la investigación en salud, y definición del marco ético y los criterios básicos de protección de las personas y la población con respecto a la investigación;
- k) Definición de los criterios, sistemas, medios, y niveles de seguridad y accesibilidad para el Sistema de Información del SUS;
- l) Formulación de las políticas de calidad del SUS;
- m) Elaboración de criterios generales sobre financiación pública de medicamentos y productos sanitarios y sus variables;
- n) Creación y conducción de las comisiones e instancias necesarias para el cumplimiento de sus funciones;
- o) Propuesta de planes y programas sanitarios que involucren a todas o varias provincias;
- p) Elaboración de lineamientos generales para la formación profesional, y los criterios básicos de acreditación de centros y servicios para la docencia de postgrado;
- q) Elaboración de la memoria anual sobre el funcionamiento del SUS;
- r) Formulación de políticas y estrategias nacionales en materia de recursos humanos de salud.
- s) Formulación, reglamentación y coordinación de la constitución de asambleas ciudadanas a nivel de regiones, redes y/o efectores, por elección directa y renovación anual.
- t) Organización y convocatoria a un Congreso Nacional de Salud con una frecuencia no mayor a cuatro años, con la más amplia participación de todos los sectores relacionados con la salud y de la ciudadanía, a fin de analizar la situación

de salud y las propuestas y lineamientos en materia de políticas y estrategias sanitarias.

### CAPÍTULO XIII. COBERTURA Y FINANCIACIÓN

Art. 81º.- Los presupuestos de salud de los niveles nacional, provinciales y municipales ajustarán su programación de actividades a los objetivos y metas fijados en la presente ley.

Art. 82º.- El presupuesto nacional incluirá un Fondo Nacional del SUS, con las asignaciones necesarias para el funcionamiento y desarrollo del sector y para la financiación específica de los siguientes objetivos:

- a) Creación y apoyo de servicios de referencia regional y nacional;
- b) Apoyo y financiación de la cobertura de grupos poblacionales;
- c) Creación de las Comisiones e instancias previstas en la presente ley;
- d) Financiación de los programas prioritarios en todo el territorio nacional;
- e) Fondo de prestaciones especiales para la cobertura de las prestaciones de baja incidencia y alto costo o catastróficas.

Art. 83º.- Todas las obras sociales de cualquier dependencia, incluidas las provinciales, universitarias, municipales y de las fuerzas armadas y de seguridad deben adecuar sus lineamientos al Plan de Salud del SUS, y brindar a sus beneficiarios la totalidad del Programa Prestacional y la Cartera de Servicios establecida por la presente, en forma directa o a través de terceros prestadores.

Art. 84º.- La obligación de cobertura integral del Programa Prestacional y la Cartera de Servicios a sus adherentes rigen para las Entidades de Medicina Prepaga y todo otro ente de cobertura con o sin fines de lucro.

La autoridad del SUS reglamentará los requisitos y condiciones para la constitución y funcionamiento de los entes de cobertura parcial.

Art. 85º.- Las obras sociales incorporarán al subsector prestador público como red de atención de sus beneficiarios, sin perjuicio de las otras alternativas prestacionales que les ofrezcan a los mismos, y en la medida que la estructura pública permita cumplir con los requisitos de la Cartera de Servicios y con la garantía de calidad. Aunque no medie convenio particular, las obras sociales, entidades de medicina prepaga y empresas de seguros deberán abonar a los efectores públicos las prestaciones realizadas a sus respectivos beneficiarios.

Art. 86º.- Se establece la libertad de elección de obra social para los beneficiarios de todas las obras sociales de cualquier dependencia. La opción podrá ser inclusive entre obras sociales de diversa dependencia.

Art. 87º.- Los Ministerios de Salud provinciales desarrollarán en su ámbito un área de superintendencia de seguridad social, cuya misión será incorporar las respectivas obras sociales provinciales al ámbito ministerial de salud, y establecer la coordinación e integración progresiva con los niveles jurisdiccionales de las obras sociales nacionales, universitarias, de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, y las de cualquier otra naturaleza. Este proceso será promovido y controlado en forma permanente a nivel del COFESUS.

Art. 88º.- La autoridad del SUS debe adoptar las medidas necesarias para la elaboración y actualización permanente de una base de datos de beneficiarios de entes de cobertura, que incluya a todas las obras sociales de cualquier dependencia y a las entidades de medicina prepaga y de seguros, y que esté a disposición permanente de todos los efectores e instancias del SUS.

Art. 89º.- La autoridad nacional del SUS deberá desarrollar progresivamente un sistema de registro uniforme de todos los habitantes del territorio nacional, dirigido fundamentalmente a facilitar el acceso a la atención y a la información médica

sobre cada persona. El proyecto deberá prever la emisión de una credencial única de salud ciudadana con validez en todo el país, y el acceso electrónico a los datos de salud de interés para la adecuada atención de los usuarios.

#### CAPÍTULO XIV.- DISPOSICIONES TRANSITORIAS Y COMPLEMENTARIAS

Art. 90º.- El Poder Ejecutivo deberá reglamentar la presente ley dentro de los 180 (ciento ochenta) días de su promulgación.

Art. 91º.- Hasta tanto la autoridad del SUS reglamente el Plan de Salud, el Programa Prestacional y la Cartera de Servicios, los prestadores y entes de cobertura deberán continuar garantizando como mínimo las prestaciones establecidas en el PMO aprobado por Resolución 201/2002 del Ministerio de Salud de la Nación.

Art. 92º.- El Consejo Federal del Sistema Único de Salud (COFESUS) creado por la presente, es continuidad y sustitución del Consejo Federal de Salud (COFESA), por lo que se deroga la Ley No. 22373 y toda otra disposición que se oponga a la presente.

Art. 93º.- La reunión inaugural del COFESUS deberá efectuarse dentro de los 30 (treinta) días de publicada la reglamentación de la presente.

Art. 94º.- El primer Congreso Nacional de Salud establecido en el Art.80º. deberá convocarse dentro de los 180 (ciento ochenta) días de publicada la reglamentación de la presente.

Art. 95º.- El Poder Ejecutivo deberá completar la transferencia a la Ciudad de Buenos Aires, de las funciones de regulación, registro, control y fiscalización del ejercicio profesional, de los establecimientos asistenciales, y de toda otra competencia que corresponda a los niveles provinciales, dentro de los 180 (ciento ochenta) días de promulgada la presente.

Art. 96º.- De forma

**Diputada Mónica Fein y otros**

#### **FUNDAMENTOS**

Señor Presidente:

La salud y el desarrollo humano de la población de los países latinoamericanos evolucionaron positivamente en el último cuarto de siglo, de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud. Algunos de los datos en que se basa esta aseveración son la desaceleración del crecimiento demográfico; el aumento de la cobertura -aunque menos significativo en las zonas rurales- de los servicios básicos, del acceso a la educación, al abastecimiento de agua y saneamiento, a la atención primaria de salud, a las tecnologías eficaces en función de su costo, a las inmunizaciones; el progreso concomitante en la prevención y control de numerosas enfermedades transmisibles; el aumento de la esperanza de vida al nacer en seis años promedio, y la reducción de la incidencia de la mortalidad infantil a la mitad (1) .

A pesar de estos avances, el mismo informe reconoce la persistencia de retos importantes: enfermedades transmisibles como VIH/SIDA, malaria y tuberculosis; enfermedades crónicas no transmisibles y trastornos como la obesidad, la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer, los accidentes y la violencia. La inclusión de tres objetivos directamente vinculados con salud entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) fijados por las Naciones Unidas resalta la importancia del desafío sanitario. Dichos ODM

son: reducir la mortalidad infantil; mejorar la salud materna; y combatir el VIH/Sida, la malaria y otras enfermedades.

La gran mayoría de los problemas persistentes de salud, como lo destaca la OPS, son atribuibles a factores determinantes sociales: la pobreza, la desnutrición, el desempleo, el insuficiente acceso a la educación y a los servicios de salud, y la exclusión social de diversos grupos poblacionales.

Sobre la base de los señalamientos anteriores, podemos afirmar que la causa común y principal de los problemas de salud pendientes es la desigualdad y la injusticia social persistentes.

América Latina, efectivamente, es la región más desigual del planeta. La pobreza y la indigencia resultaron porcentualmente mayores a fines de 2004 que en 1980. Si el ingreso en América Latina estuviera distribuido de la misma manera que en el sudeste asiático, la pobreza en la región sería apenas un quinto de lo que es hoy en día (2) .

Esta situación fue determinada principalmente por la aplicación de las recetas del neoliberalismo durante la década del 90. El milenio comenzó de tal manera con un balance social y económico de profundo deterioro; caracterizado entre otros aspectos por el aumento de la deuda externa e interna, y la reducción de la autonomía de los Estados para definir sus propias políticas.

El deterioro social fue mucho más allá del empobrecimiento en términos de insatisfacción de necesidades básicas. El modelo neoliberal produjo la marginación y exclusión de amplios sectores de población, especialmente los juveniles, con respecto al trabajo, a la educación y a todo tipo de rol y de articulación social. La consecuente ruptura de las redes solidarias y la imposibilidad creciente de cohesión de la sociedad, generó las condiciones de gran complejidad de la problemática social actual.

La recuperación económica verificada en nuestro país en el último período contribuyó al mejoramiento de algunos de los indicadores más dramáticos. Lejos se está sin embargo de la garantía del ejercicio pleno y universal de los derechos sociales. Más allá de la retórica antineoliberal y de algunos gestos de alto valor simbólico, no se vislumbra aún un proyecto tendiente a modificar con medidas concretas el patrón de acumulación y las relaciones que éste expresa, consolidados durante las décadas de hegemonía neoliberal. Las profundas desigualdades siguen vigentes, y si bien los indicadores de crecimiento económico representan un alivio para algunos sectores -y con nuevas incertidumbres en los últimos meses-, se reflejan en mejoras apenas apreciables en la vida cotidiana de los que menos tienen (3) . En el segundo semestre de 2006, todavía un 26.9% de las personas eran pobres, y un 8.7% indigentes (4) . La población con problemas laborales llegaba al 19.5% en el cuarto trimestre de ese año.

La situación de salud es un reflejo en buena medida, de la injusticia y desigualdad persistentes entre personas, grupos y regiones.

La mayor posibilidad de enfermar y de morir afecta a los más pobres, a los desocupados, a los grupos discriminados como los aborígenes, a las mujeres y niños, a las poblaciones más alejadas del interior.

#### Alcances del presente proyecto

En Argentina, la salud es parte de esta gran deuda social pendiente. Lejos está nuestro país de mostrar indicadores sanitarios que lo ubiquen en el grupo de los que han alcanzado los mejores resultados en las últimas décadas.

La desigualdad se expresa paralelamente en las formas de cobertura y acceso a la atención de los argentinos. Como en gran parte de América Latina, el sistema de seguridad social de nuestro país se estructuró durante el siglo XX



alrededor de la relación laboral formal de los trabajadores. Los sistemas de protección social buscaron dar respuesta de tal manera a la reproducción de la fuerza de trabajo (5) .

Bajo este modelo desarrollaron las obras sociales en nuestro país, que a principios de los 80 brindaban cobertura a casi las tres cuartas partes de la población. Los hospitales públicos constituían la respuesta, mayoritariamente, a la población que carecía de cobertura. Pero posteriormente, y en especial en la década del 90, el incremento de la desocupación, subocupación y precariedad laboral afectaron gravemente la base constitutiva de la seguridad social. En esos momentos se desnudaron con toda intensidad las limitaciones de nuestro sistema de salud, al quedar sin cobertura millones de personas, que demandaron y sobrecargaron el sistema público.

Este proceso, que con diversos grados acaeció en todos los países, puso en debate las bases de los sistemas de protección social. Hay en general coincidencia en que las políticas sociales deben dirigirse hoy a la construcción de ciudadanía, a la constitución de sujetos de derecho con posibilidad efectiva de ejercicio del derecho a la protección social, superando el usufructo del derecho ligado exclusivamente a la condición de trabajador formal. En este sentido, ya hemos presentado un proyecto de ley de Ingreso Mínimo Garantizado, como primera etapa de una política tendiente al establecimiento en nuestro país de una Renta Básica de Ciudadanía. Es en este marco en que debería legislarse en un futuro próximo sobre el sistema que garantice la universalidad y equidad del acceso a los bienes sociales para todos los ciudadanos.

En el camino de esta transformación de fondo, hay otras cuestiones fundamentales que deben ser materia de debate y reformulación, para que en lo inmediato nuestro pueblo pueda acceder a una mejor salud. El presente proyecto hace foco en una de esas cuestiones: La reorganización de los recursos públicos de salud en un Sistema Único, a fin de contribuir a la equidad y calidad de atención para todos los habitantes de nuestro territorio nacional.

#### La situación actual

Diversos estudios coinciden en que en nuestro país, los recursos invertidos en políticas sociales, no han alcanzado los resultados esperados para ese nivel de inversión. Efectivamente, diversos países de América Latina, como Cuba, Costa Rica y Chile, con una tasa menor de gasto por habitante en materia de salud, han logrado mejores indicadores en materia, por ejemplo, de mortalidad infantil y materna.

En el campo específico de la atención de salud en Argentina, la fragmentación del sistema de salud es frecuentemente señalada como una de las causas principales de resultados sanitarios insatisfactorios.

A la separación del sistema en tres Subsectores -público, seguridad social y privado-, debe agregarse la diversidad de dependencia de los efectores y programas del Estado entre la órbita nacional, provinciales y municipales, frecuentemente con escasa coordinación entre las mismas.

Asimismo, el marcado predominio de las Provincias en el gasto público en salud -el aporte provincial es el 70% del total- determina un rol secundario del Ministerio nacional, y una consecuente limitación para impulsar orientaciones comunes.

Sumado a esto, la cuestión de la salud no es una temática delegada por las provincias a la Nación. Este hecho ha generado distintas interpretaciones sobre la aplicabilidad de las leyes nacionales en el conjunto del territorio, pero de acuerdo a la experiencia histórica, el ejercicio de la autoridad sanitaria nacional ha tenido escasa viabilidad.

Con respecto a la capacidad instalada hospitalaria, el ámbito nacional alcanzó un desarrollo importante en Argentina; ello fue especialmente notable a principios del siglo XX, con la creación de hospitales por la Comisión encabezada por el Dr. Domingo Cabred; y durante la década del 40, por la insigne labor del Ministro de Salud del primer gobierno del peronismo: el Dr. Ramón Carrillo. Pero a partir de 1957 se inició un progresivo proceso de transferencia de hospitales a las provincias y municipios, que en 1993 dejó a la Nación prácticamente sin establecimientos asistenciales propios, y se dio lejos de un proyecto sanitario global que diera coherencia a un nuevo modelo organizativo del subsector público. La seguridad social argentina, como ya se ha mencionado, se desarrolló alrededor del trabajo en relación de dependencia y de las obras sociales sindicales. Estas últimas jerarquizaron históricamente la atención de sus beneficiarios por los prestadores privados.

Esta forma de desarrollo produjo al menos tres de los factores de incoherencia e inestabilidad del sistema de salud. El primero, ha sido la desvinculación del sistema financiador de la seguridad social con respecto a los prestadores públicos, y la atención de sus beneficiarios en forma casi excluyente en los prestadores privados. El segundo, el peso que alcanzó como eje de organización del sistema la negociación corporativa entre los sindicatos y las asociaciones médicas y profesionales, a expensas de la debilidad de la presencia regulatoria del Estado. El tercer factor fue el profundo deterioro de la cobertura que se produjo en los momentos de crisis de desocupación y subocupación, lo que alcanzó crudos niveles a partir de la crisis de 2001.

El importante desarrollo de las ciencias médicas y de las profesiones de la salud, que constituye una de las virtudes de este complejo sistema, se acompañó de la fuerte presencia histórica de otros actores del mundo sanitario: las empresas de medicamento y de tecnología, entre otros. En muchas ocasiones, esta influencia y la pobre presencia del Estado, confluyeron en el desarrollo de un modelo de atención excesivamente basado en la aplicación tecnológica y medicamentosa acrítica, con la consecuente distorsión de las buenas prácticas.

Otro factor de la mencionada fragmentación es la distribución inadecuada de los recursos de salud: Existe una alta concentración de profesionales y personal sanitario, efectores y equipamiento en las grandes urbes, y una paralela desprotección de las poblaciones alejadas de dichos centros.

Este conjunto de factores esquemáticamente reseñados, ha contribuido a la persistente y compleja percepción de crisis sanitaria en nuestro país. Ni la insuficiencia presupuestaria ni cualquier otro factor considerado unilateralmente, alcanzan a explicar la insatisfactoria evolución de la salud en Argentina. Este análisis redobla la prioridad del acuerdo alrededor de un proyecto nacional de salud, y el desarrollo de un sistema de atención sobre lineamientos comunes.

#### Antecedentes legislativos

Aunque la constitución de un sistema nacional de salud, así como el fortalecimiento de una autoridad sanitaria nacional, fueron motivo de numerosos proyectos en los diferentes períodos legislativos, existen muy pocos antecedentes de normas sancionadas con este contenido.

La Ley No. 20748, sancionada en 1974, creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Su aplicación efectiva se limitó a algunas pocas provincias, por la resistencia que generó en diversos sectores; y fue derogada junto con la Ley No. 20749 de Carrera Sanitaria Nacional, por la Ley de facto No. 21902.

La Ley No. 23660 de Obras Sociales y la Ley No. 23661 de Sistema Nacional del Seguro de Salud, sancionadas en diciembre de 1988, constituyen desde entonces el marco regulador de las obras sociales de nuestro país; pero no contribuyeron sustancialmente a un ordenamiento integral de todos los recursos y subsectores de salud.

Un propósito central del presente proyecto es el avance en la integración sanitaria entre los diversos niveles de gobierno sin que los mismos pierdan identidad. En esa orientación, es de interés señalar algunas leyes extranjeras que produjeron avances importantes en los respectivos países. Nos parece especialmente significativa la experiencia de España, a través de la Ley General de Sanidad No. 14 de 1986, y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud No. 16 de 2003. Igualmente, hemos tenido en cuenta la organización del Sistema Único de Salud de Brasil a través de las Leyes No. 8080 y No. 8142 de 1990.

Es pertinente señalar en este punto, que los sistemas de salud existentes en el mundo se caracterizan por una gran diversidad, dada principalmente por el modo en que el Estado define su intervención en los servicios de salud.

A título de ejemplo, el sistema inglés se basa actualmente en la competencia estructurada, combina universalización de la atención con subsidio a la demanda, y su financiamiento es desde rentas generales.

El Sistema brasileño, por su parte, subsidia la oferta y es de financiamiento y gestión pública.

Canadá incorpora la gestión privada al sistema y sostiene el financiamiento público.

En Cuba, el modelo institucional es de monopolio estatal, el presupuesto en salud es público y el estado es al mismo tiempo financiador, regulador y prestador de servicios.

Por lo expuesto, las experiencias de otros países pueden servir de referencia para el nuestro, pero de ninguna manera deben efectuarse extrapolaciones esquemáticas, ya que la concreción de un sistema de salud requiere contextualizar, analizar la historia, convocar a los actores y construir consenso.

## Ejes del proyecto

El presente proyecto procura avanzar en lineamientos, objetivos y organización comunes en todo el territorio nacional, a fin de contribuir a garantizar la universalidad y gratuidad del sistema público, así como la accesibilidad, la equidad y la calidad de la atención, constituyendo un Sistema Único de Salud (SUS). Sin interferir en la diversidad de fórmulas organizativas, de gestión y de prestación de servicios consustancial con la organización federal, se pretende que la atención de salud al ciudadano responda a derechos y garantías básicas y comunes, que son definidas en el proyecto.

Los lineamientos del proyecto de SUS pueden esquematizarse a través de la respuesta a las siguientes cuestiones:

### 1. A quiénes se dirige.

Un sistema único de salud sólo tiene sentido y es viable cuando se dirige a brindar equidad y calidad a todos. En tal sentido se define como titulares de los derechos y garantías establecidos, a todas las personas argentinas y extranjeras residentes en el territorio nacional.

La salud es definida como un derecho humano básico por los pactos y acuerdos internacionales, por lo que no puede quedar limitado por ninguna circunstancia, ya que se ésta se convierte automáticamente en discriminatoria.

Esta conceptualización es clara pero su sostenimiento es complejo.

La superación de las discriminaciones hacia muy diversos grupos poblacionales entre los que la discriminación de género tiene un papel superlativo, son todavía una pesada rémora a superar.

En el globalizado mundo actual, las migraciones y desplazamientos masivos de poblaciones por diversas causas constituyen un proceso de extraordinaria incidencia. Tales eventos suelen generar reacciones de desconfianza y de rechazo en la población del país o región receptora.

La supuesta competencia que se establece en relación con puestos de trabajo y acceso a las políticas sociales, produce a veces actitudes que se acercan a la xenofobia, y que puede predominar en los sectores más postergados de las poblaciones locales, adoptando modalidades de disputa de "pobres contra pobres".

Estas circunstancias hacen doblemente necesario adoptar formas organizativas más inclusivas, que propicien el acceso de todos los habitantes en condiciones de equidad. Al respecto, la Ley No. 25871 de Migraciones, a la que se hace referencia explícita en el proyecto, establece en su Artículo 6º. que "El Estado en todas sus jurisdicciones, asegurará el acceso igualitario a los inmigrantes y sus familias en las mismas condiciones de protección, amparo y derechos de los que gozan los nacionales, en particular lo referido a servicios sociales, bienes públicos, salud, educación, justicia, trabajo, empleo y seguridad social"; y en el Artículo 8º que "No podrá negársele o restringírsele en ningún caso, el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria. Las autoridades de los establecimientos sanitarios deberán brindar orientación y asesoramiento respecto de los trámites correspondientes a los efectos de subsanar la irregularidad migratoria".

Es importante recordar también las enseñanzas de Ramón Carrillo en esta cuestión, sobre la que expresaba que "...en nuestra patria se presta asistencia médica sin negársela a nadie, sin hacer de ello un artículo de comercio, concepto éste que no domina en otros países, los cuales exhiben con orgullo sus grandes nosocomios, pero exhibiendo en las puertas las leyes de asistencia, puertas que las cierran para el extranjero y leyes que obligan a todo beneficiario a pagar su asistencia médica" (6) .

Otra circunstancia a señalar, y que no debe escaparse aún a quienes no coincidan filosóficamente con este enfoque, es que en la actualidad es imposible del punto de vista epidemiológico garantizar un adecuado nivel de salud y seguridad sin la cobertura universal de las poblaciones. La globalización de los problemas y la mayor complejidad de los mismos; tales como las enfermedades emergentes, las adicciones, las alteraciones mentales, la violencia de diversos orígenes, se ven favorecidos por la marginación de grupos poblacionales, quienes son los primeros y más afectados; pero tarde o temprano, los problemas ejercen su impacto sobre el conjunto de la sociedad.

La imprescindible inserción de nuestro país en el MERCOSUR, por los mismos motivos anteriores -derecho básico más globalidad epidemiológica- determina que en el proyecto se explicita la prioridad de los acuerdos y organización con los países de la Región. Tal como afirma la OMS, ningún país, por más preparado que esté, o por más rico o tecnológicamente avanzado que sea, puede prevenir, detectar y dar respuesta por sí solo a todas las amenazas para la salud pública. Las amenazas emergentes pueden pasar inadvertidas desde una óptica nacional, requerir un análisis mundial para evaluar adecuadamente el riesgo, o exigir una coordinación eficaz a nivel internacional. (7)

2.- Qué se debe garantizar.

La fragmentación descrita del sistema de atención es una de las causas de la heterogeneidad del acceso y de la calidad de la atención recibida, aún para aquellos grupos poblacionales que cuentan con cobertura.

Uno de los grandes desafíos, por lo tanto, es definir qué es lo que se le puede y se debe brindar a los usuarios del sistema; y que esa definición sea adoptada por todos los actores del sistema de salud y de la sociedad.

Los antecedentes más recientes de listados y modalidades prestacionales en nuestro país son el del Programa Médico Obligatorio (PMO), aplicado en los últimos años en relación con la población con cobertura; y el Programa de Garantía de Calidad del Ministerio de Salud nacional, éste último sólo de carácter indicativo. El sector público, con su diversidad jurisdiccional, no abordó sistemáticamente hasta ahora el objetivo de armonizar el tipo de servicios brindados en todo el país.

El presente proyecto establece un Plan de Salud del SUS que procura convertirse en objetivos y metas comunes para todas las jurisdicciones. Dicho plan se materializa a través de un Programa Prestacional y una Cartera de Servicios, que resumen las prestaciones concretas que se obligan a garantizar todas las jurisdicciones.

El Programa Prestacional es un conjunto amplio que se detalla, y que comprende la atención básica, la atención especializada, la atención sociosanitaria, la rehabilitación, la atención de urgencia, y las acciones de salud pública. Se establece su actualización periódica, y la garantía de acceso a través de la responsabilidad primaria de los distintos niveles de gobierno.

La cartera de Servicios se define como el conjunto detallado de prestaciones prácticas y procedimientos avalados científicamente mediante los que se hace efectivo el Programa Prestacional. Se establece su elaboración y actualización periódica por la autoridad del SUS; su carácter de exigencia mínima para ser garantizada en todo el país; y los requisitos para incluir y excluir prácticas en la Cartera. Se crea el procedimiento del uso tutelado, dirigido a la comprobación de la seguridad de una práctica bajo condiciones de control riguroso, antes de su aceptación.

### 3.- Con qué bases asistenciales comunes

En el capítulo de Organización del SUS se abordan los componentes principales que necesariamente deben ser materia de lineamientos uniformes y acción conjunta para toda la Nación, más allá que su aplicación y control estén en la órbita de diferentes niveles de gobierno.

Por la naturaleza de este proyecto, que no está dirigido a constituir un extenso código sanitario, sino a definir bases comunes y genéricas de atención, los componentes no están desarrollados como leyes completas de los temas específicos para sustituir la normativa vigente -tal el caso de medicamentos-. En cambio, establece lineamientos sobre los criterios mínimos que son materia de tratamiento conjunto y permanente entre los diversos niveles de gobierno, nacional, provinciales y municipales.

En estos componentes se han incluido:

- La organización prestacional, que en términos generales se basa en la estrategia de atención primaria, con el ordenamiento de los efectores con criterio de redes, en tres niveles de atención categorizados por capacidades de resolución; con la jerarquización del primer nivel. El proyecto detalla los criterios básicos de cada uno de los niveles. Es de destacar que se establece el papel activo del nivel nacional en la creación y sostenimiento de los efectores y servicios de tercer nivel que constituyen centros de referencias regionales o para todo el país.

Asimismo, los entes de cobertura deben garantizar a sus beneficiarios una organización de estas características.

- La formación y actividad profesional: en este orden se establece la creación de una Comisión Nacional Permanente en procura de la definición y desarrollo de equipos de salud adecuados en cantidad, perfil y distribución. Establece la educación permanente como criterio básico en la programación del SUS, y la coordinación intersectorial.

Se establece asimismo la homologación, a través de las medidas que adopte la autoridad del SUS, de los títulos y certificados profesionales y de especialistas en todo el territorio nacional, a partir del establecimiento de requisitos comunes a los organismos formadores. Se promueve una tesitura similar a concretar con los restantes países del MERCOSUR. La autoridad sanitaria deberá facilitar asimismo la movilidad de los profesionales de salud en términos de facilitar su inserción laboral en jurisdicciones distintas a la de origen.

- Información sanitaria: se define con amplitud como un sistema a organizar por el SUS, que debe dar respuesta a las necesidades de información de los gobiernos, los equipos de salud, los ciudadanos y las organizaciones de la sociedad. Se establecen mecanismos y alcances. Se establece el dominio público de toda la información.

- Investigación en Salud: Se enuncian los objetivos prioritarios del SUS en la materia, procurándose un equilibrio entre las prioridades del desarrollo de la investigación nacional, y la necesaria protección de pacientes y profesionales. Se crea una comisión permanente de carácter interjurisdiccional para impulsar los mismos.

- Medicamentos: Se definen lineamientos comunes para todo el país, dirigidos a la garantía de medicamentos eficaces, accesibles y seguros. Se establece un Formulario Terapéutico Nacional de uso obligatorio en todo el proceso reaprovisionamiento, indicación y dispensación, al igual que el uso de las denominaciones genéricas.

- Calidad en salud: Se crea una Comisión Nacional de calidad, y se definen los objetivos en la materia.

#### 4.- Cómo se conduce el SUS.

Existen diversos ejemplos de sistemas de salud no centrados en la conducción unitaria por su dificultad o inviabilidad; sino en el acuerdo, la coordinación y la participación alrededor de un proyecto común; y un fuerte compromiso del Estado nacional en su implementación. Podemos citar con estas características, las ya nombradas experiencias de Canadá, de Brasil, de España.

En ese sentido el presente proyecto establece una conducción única del SUS, con ejercicio de la autoridad de aplicación por los distintos niveles de gobierno a través de competencias comunes y competencias específicas, que se enumeran.

Se da especial relevancia al Consejo Federal del SUS (COFESUS) como instancia máxima de acuerdo y coordinación entre la Nación, las provincias y municipios para la fijación de lineamientos y la organización del SUS. Se define su composición, dando participación y funciones explícitas, además de la Nación y las Provincias, a los municipios, para los que se prevé además un Foro Municipal Permanente. Se incorporan además como miembros consultivos permanentes, las representaciones de la seguridad social, del INSSJP, de las diversas organizaciones sociales, académicas y universitarias vinculadas.

Asimismo, el COFESUS debe organizar y convocar cada cuatro años a un Congreso Nacional de Salud con la más amplia participación, a fin de fijar los

grandes lineamientos en materia sanitaria; y propiciar el desarrollo de Asambleas ciudadanas de salud en todo el país.

#### 5.- Cómo se financia el SUS.

Se establece el ajuste progresivo de todos los presupuestos públicos de todos los niveles a los objetivos y metas del SUS. Se crea un Fondo Nacional del SUS para el cumplimiento de los objetivos del orden nacional.

Se establece la obligatoriedad de todas las obras sociales de cualquier dependencia de brindar al Plan de Salud del SUS a sus beneficiarios, al igual que las entidades de medicina prepaga.

Se define la obligación de las obras sociales de incorporar al subsector prestador público como red de atención de sus beneficiarios, sin perjuicio de sus otras alternativas, y en la medida que la estructura pública permita cumplir con los requisitos de la Cartera de Servicios y de garantía de calidad.

Se establece la libertad de elección de los beneficiarios a las obras sociales, cualquiera sea su dependencia; y la obligatoriedad de todas las obras sociales y de las entidades de medicina prepaga, de brindar a sus beneficiarios la totalidad del Programa Prestacional y la Cartera de Servicios.

Se establece la obligación de la autoridad del SUS de desarrollar progresivamente un sistema de registro uniforme de todos los habitantes del país, que permita la emisión de una credencia única de salud ciudadana.

#### Síntesis del proyecto

? El objeto es garantizar la accesibilidad, la equidad y la calidad en la atención integral de su salud a todos los habitantes del territorio nacional, mediante la constitución de un Sistema Único de Salud (SUS).

? El eje es el ordenamiento de todos los recursos públicos, que abarcan a los fines de la ley, los efectores y presupuestos de la Nación, provincias y municipios, y de las obras sociales de todas las dependencias, inclusive provinciales y universitarias.

? El sector privado puede incorporarse voluntariamente, pero aún en su defecto debe cumplir con los criterios básicos establecidos de calidad y seguridad.

? Se establecen las garantías de accesibilidad, movilidad, tiempo máximo de espera, información adecuada, seguridad y calidad; y diversos derechos básicos en la atención.

? Los sujetos de derecho son todas las personas residentes en el territorio nacional, argentinas y extranjeras. Se jerarquiza el impedimento de cualquier tipo de discriminación. Se hace hincapié en la accesibilidad de los inmigrantes en el marco de la Ley 25871 de Migraciones, y en la concreción de acuerdos con los países del Mercosur.

? Se establece un Plan de Salud del SUS para garantizar la atención integral, integrada, continua y en el nivel adecuado; que está integrado por un Programa Prestacional y una Cartera de Servicios que deben ser elaborados en detalle y actualizados periódicamente por las instancias del Consejo Federal del SUS.

? Se establecen requisitos rigurosos para la inclusión de nuevas prácticas en la Cartera de Servicios, y se crea el uso tutelado previo a la autorización de prácticas de seguridad no establecida.

? Se define la organización prestacional del SUS, a observar en todo el país, basada en la estrategia de atención primaria, con el ordenamiento de los efectores

con criterio de redes, en tres niveles de atención categorizados por capacidades de resolución; con la jerarquización del primer nivel; y tendiendo a la concentración del primer nivel en municipios y del segundo nivel en provincias.

? El tercer nivel de efectores de referencia o alta especialidad debe contar con la intervención activa del nivel nacional en la creación y desarrollo, más allá de la dependencia jurisdiccional de los efectores.

? En materia de recursos humanos, se crea una Comisión Nacional de integración plural que realizará la planificación general del área. Se establece la prioridad de la educación permanente, y el rol que tendrá el nivel nacional para la homologación directa de títulos y certificados en todo el territorio y con los países del MERCOSUR; y para facilitar la movilidad e inserción laboral de los profesionales entre jurisdicciones.

? Se crea el Sistema Nacional de Información Sanitaria, con un objetivo amplio de dar respuesta a autoridades, equipos de salud, ciudadanos y organizaciones sociales.

? Se establecen los criterios básicos para la prioridad de la investigación en salud y la protección de las personas, y se crea una Comisión Nacional.

? Se definen criterios generales en materia de política de medicamentos a fin de garantizar fármacos eficaces, accesibles y seguros a toda la población. Se crea el Formulario Terapéutico Nacional de uso obligatorio, al igual que la denominación genérica de los medicamentos.

? Se sientan las bases para la garantía de calidad en todas las actividades del SUS.

? Se define una única conducción del SUS, formada por todos los niveles de gobierno, en la que las jurisdicciones no pierden su identidad ni sus competencias específicas, pero el conjunto de sus acciones se dirigen al cumplimiento de los fines del Sistema Único.

? El Consejo Federal del SUS, de amplia integración y funciones, pasa a ser un elemento clave en los acuerdos de políticas y estrategias sanitarias, y en la coordinación de las acciones de salud en todo el territorio, con un ámbito importante también para los municipios.

? Se establece una Comisión Consultiva Permanente para la participación de la seguridad social, el INSSJP, las organizaciones sociales, universitarias y académicas. Se prevé la invitación a instituciones y personalidades significativas para los fines del COFESUS.

? Entre sus funciones, el COFESUS debe organizar un amplio Congreso Nacional de Salud cada cuatro años, para definir los lineamientos generales en políticas y estrategias sanitarias.

? Con respecto a cobertura y financiación, se define que los diferentes niveles de gobierno deberán ajustar sus programaciones a los objetivos y metas fijados en la ley. Se crea un Fondo Nacional para los objetivos prioritarios de orden nacional. Se establece la obligación de los terceros pagadores de cubrir el Programa Prestacional y la Cartera de Servicios fijados por esta ley; y de la incorporación del subsector público a sus redes de atención.

? Se fija la libre elección de los beneficiarios entre las obras sociales de cualquier naturaleza.

? Se define que los gobiernos provinciales deben crear superintendencias de seguridad social, con el propósito de coordinar e integrar las respectivas obras sociales provinciales con las nacionales, universitarias y de cualquier otra



naturaleza. Al mismo tiempo, el nivel nacional deberá garantizar la elaboración, actualización y disponibilidad de una base de datos de todos los beneficiarios de obras sociales de todas las dependencias, de las empresas de medicina prepaga y de las compañías aseguradoras.

? La autoridad nacional debe desarrollar un sistema de registro nacional de habitantes a fin de facilitar el acceso, y procurar la emisión de una credencial única de salud ciudadana.

El presente proyecto, que ponemos a consideración de esta Honorable Cámara, es la reproducción del Expediente 2005-S- 08 presentado por el Senador Rubén Giustiniani en el Senado de la Nación y que nosotros hemos presentado mediante Expte 5410-D-2008. Reiteramos su presentación ya que el mismo ha perdido estado parlamentario.

En función de lo expuesto, solicitamos la aprobación del presente proyecto.

(1) OPS.- Salud en las Américas 2007. Panorama de la salud en la región. Washington, 2007. Vol. I, Regional

(2) Kliksberg, Bernardo.- Cómo construir ciudades éticas, equitativas y participativas en la América Latina de hoy. En la publicación Feria de Gobernabilidad, Municipalidad de Rosario, 2005

(3) Ver Giustiniani, R., Doldan, L.- Hacia una Democracia de Nuevas Bases. Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 2006

(4) Ver [www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/](http://www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/)

(5) Fleury, Sonia.- Estado sin Ciudadanos. Lugar Editorial. Buenos Aires, 1997

(6) CARRILLO, R.- Teoría del hospital. Obras Completas Tomo I. Editorial EUDEBA, Buenos Aires, 1974, Pag. 13

(7) OMS. Estado de la Salud Mundial 2007