

Senado de la Nación
Secretaría Parlamentaria
Dirección General de Publicaciones

(S-3831/15)

PROYECTO DE LEY

El Senado y la Cámara de Diputados,...

TÍTULO I.

DISPOSICIONES GENERALES.

ARTÍCULO 1º.- Créase el Sistema Federal de Salud de Cobertura Universal, Integrada y Solidaria, con los alcances de un seguro social, a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud sin discriminación social, económica, cultural o geográfica. El sistema se organizará dentro del marco de una concepción integradora del sector de la salud donde la autoridad pública afirme su papel de conducción general del sistema y las sociedades intermedias consoliden su participación en la gestión directa de las acciones, en consonancia con los dictados de una democracia social moderna.

ARTÍCULO 2º.- Declárese de interés público el Sistema Federal de Salud de Cobertura Universal, Integrada y Solidaria dispuesto en la presente ley.

ARTÍCULO 3º.- El sistema tendrá como objetivo fundamental proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva.

ARTÍCULO 4º.- Para el logro del objetivo propuesto el Sistema Federal de Salud se erigirá observando cuatro principios fundamentales, los cuales configurarán las pautas esenciales para la aplicación e interpretación de la presente ley.

a) Cobertura universal a todos los habitantes de la República Argentina en forma solidaria, equitativa y eficiente.

b) Articulación, coordinación e integración funcional de la red de prestadores que permita a todos los beneficiarios el acceso igualitario a todas las oportunidades asistenciales existentes.

c) Financiación solidaria entendiendo que la salud de las personas no deberá quedar librada a su capacidad adquisitiva o contributiva.

d) Descentralización de la gestión del sistema hacia la ciudad Autónoma de Buenos Aires y las provincias, en la medida que adhieran a la presente ley.

ARTÍCULO 5º.- A los efectos de la aplicación e interpretación de las disposiciones aquí estipuladas se entenderá por:

a) Autoridad de aplicación. A todas aquellas establecidas en los artículos 8 a 21 de la presente Ley.

b) Modelo Prestador Unificado: Al modelo de integración funcional entre los prestadores del servicio en cada jurisdicción provincial, la cobertura prestacional y los programas destinados a brindar las prestaciones, que garantizarán que todos los beneficiarios del Sistema accedan a igual cobertura de prestaciones e igual acceso a los prestadores.

c) Cobertura prestacional: Al conjunto de prestaciones médicas previstas en el modelo prestacional unificado, destinadas a satisfacer las necesidades y demandas de salud del universo cubierto mediante los programas formulados para brindarlas.

d) Nomenclador: Al espectro de prestaciones médicas obligatorias para cubrir las necesidades derivadas del perfil epidemiológico, su caracterización, agrupamiento, clasificación y valuación.

e) Red de prestadores. Al conjunto de recursos humanos, establecimientos de internación, unidades de atención ambulatoria, sistemas de emergencia, equipamiento y sistemas de información y comunicaciones que, teniendo cada uno misiones y funciones específicas y estando distribuidos espacialmente, se integran y coordinan para formar una unidad funcional en la que se ejecutarán los programas y actividades necesarias para cumplimentar la cobertura prestacional. Los componentes de la red de prestadores independientemente de su condición deberán actuar en forma complementaria y articulada.

f) Planificación espacial y territorial. A la planificación de la distribución de los recursos que posibilite el acceso de los beneficiarios en tiempo y forma a los servicios de salud llevado a cabo por las autoridades de aplicación conforme a la distribución

espacial de la población y a las demandas propias de su perfil epidemiológico.

g) Agente del Sistema. A todos los sujetos definidos en el artículo 1° de la ley 23.660. Así quedan comprendidos las obras sociales nacionales y sindicales cualquiera sea su naturaleza o denominación, las obras sociales de otras jurisdicciones y demás entidades que adhieran al presente sistema, las que deberán adecuar sus prestaciones de salud a las disposiciones aquí establecidas.

h) Agente Provincial del Sistema: Es el agente del sistema creado por las jurisdicciones provinciales a los efectos de la inclusión de los sujetos indicados en el artículo 6° inciso c) de la presente ley.

i) Prestador. A la persona física o jurídica, pública o privada que deberá estar inscripta y habilitada en el registro de prestadores que tendrá a su cargo la autoridad de aplicación.

j) Programa. Es el conjunto de actividades destinadas a brindar prestaciones específicas, caracterizadas por realizarse a través de la red de prestadores, por el modo como ellas se organizan en ese ámbito y por las normas que rigen su ejecución.

TÍTULO II.

BENEFICIARIOS.

ARTÍCULO 6°.- Serán beneficiarios del presente Sistema:

a) Todos los beneficiarios comprendidos en la Ley de Obras Sociales, N° 23.660, sus reglamentarias, modificatorias y complementarias.

b) Los trabajadores autónomos comprendidos en el régimen nacional de jubilaciones y pensiones, con las condiciones, modalidades y aportes que fijará la reglamentación y el respectivo régimen legal complementario en lo referente a la inclusión de productores agropecuarios.

c) Las personas que, con residencia permanente en el país, se encuentren sin cobertura médico-asistencial por carecer de tareas remuneradas o beneficios previsionales, en las condiciones y modalidades que fije la reglamentación.

d) Todos los residentes no contemplados en los incisos precedentes, entre ellos el personal dependiente de los gobiernos provinciales y

municipalidades, los jubilados, retirados y pensionados del mismo ámbito, los beneficiarios de los organismos que brinden cobertura al personal de las fuerzas armadas, de seguridad, al personal del Poder Legislativo de la Nación, del Poder Judicial de la Nación, a los jubilados, retirados y pensionados de dichos ámbitos.

ARTÍCULO 7º.- Las personas físicas no comprendidas como beneficiarios tendrán garantizadas las prestaciones médicas contempladas en el presente sistema mediante el pago del valor establecido en el nomenclador correspondiente, el cual fijara la autoridad de aplicación.

TÍTULO III.

AUTORIDADES DE APLICACIÓN.

ARTÍCULO 8º.- Serán autoridades de aplicación de la presente ley; el Ministerio de Salud de la Nación, la Agencia Federal de Servicios de Salud y los Consejos Provinciales del Sistema de Salud.

ARTÍCULO 9º.- El sistema adecuará sus acciones a las políticas que se instrumentaren a través del Ministerio de Salud de la Nación.

Agencia federal de servicios de salud

ARTÍCULO 10.- Créase la Agencia Federal de Servicios de Salud (AFSS) como organismo descentralizado en jurisdicción del Ministerio de Salud de la Nación, la cual gozará de autarquía administrativa, económica y financiera.

ARTÍCULO 11.- Corresponderá a los agentes del sistema el cumplimiento de las resoluciones que adopte la AFSS en ejercicio de las funciones y facultades otorgadas por la presente Ley.

ARTÍCULO 12.- La AFSS será competente para supervisar, fiscalizar y controlar en sus aspectos administrativo, contable y financiero a los agentes del sistema de conformidad con lo establecido en la Ley N° 23.660 y para ejercer las demás funciones establecidas en la presente Ley, en especial el control de cumplimiento de los Nomencladores Nacionales y Provinciales de Prestaciones Médicas y gestión de la información de los mismos.

ARTÍCULO 13.- La AFSS estará a cargo de un Directorio integrado por un Presidente y dos (2) directores designados por el Poder Ejecutivo Nacional.

ARTÍCULO 14.- Los miembros del directorio durarán dos (2) años en sus funciones, podrán ser nuevamente designados por otros dos

periodos de igual duración y gozarán de la retribución que fijare el Poder Ejecutivo nacional.

Deberán ser mayores de edad e idóneos para el ejercicio de las funciones, no poseer inhabilidades ni incompatibilidades civiles o penales. Serán personal y solidariamente responsables por los actos y hechos ilícitos en que pudieran incurrir con motivo y en ocasión del ejercicio de sus funciones.

ARTÍCULO 15.- Serán funciones del presidente:

- a) Representar a la AFSS en todos sus actos;
- b) Ejercer las funciones, facultades y atribuciones y cumplir con los deberes y obligaciones establecidos en la presente Ley y demás normas complementarias.
- c) Convocar y presidir las reuniones del directorio en las que tendrá voz y voto el que prevalecerá en caso de empate;
- d) Invitar a participar, con voz pero sin voto, a un representante de sectores interesados, cuando se analizaren temas específicos de su área de acción;
- e) Aplicar apercibimientos y multas que surjan de la reglamentación de la presente ley;
- f) Intervenir en lo atinente a la estructura orgánica funcional y dotación de personal del organismo;
- g) Adoptar todas las medidas que, siendo competencia del directorio, no admitan dilación, sometiéndolas a la consideración en la sesión inmediata;
- h) Delegar funciones en otros miembros del directorio o empleados superiores del organismo.

ARTÍCULO 16.- Serán funciones del directorio:

- a) Dictar su reglamento interno;
- b) Intervenir en la elaboración del presupuesto anual de gastos, cálculo de recursos y cuenta de inversiones y elaborar la memoria y balance al finalizar cada ejercicio;
- c) Designar a los síndicos y fijarles su remuneración;
- d) Autorizar inscripciones y cancelaciones en el Registro Nacional de Agentes del Sistema;

- e) Aplicar las sanciones previstas en la presente ley;
- f) Delegar funciones en el presidente por tiempo determinado;
- g) Aprobar la estructura orgánica funcional, dictar el estatuto, escalafón y fijar la retribución de los agentes de la AFSS;
- h) Designar, promover, remover y suspender al personal de la AFSS.
- i) Confeccionar el nomenclador nacional de prestaciones médicas sujeto a la aprobación del Ministerio de Salud de la Nación.

Consejos Provinciales Del Sistema de Salud

ARTÍCULO 17.- En las condiciones aquí establecidas, la ciudad Autónoma de Buenos Aires y las jurisdicciones provinciales que adhieran a la presente, deberán crear un Consejo Provincial del Sistema de Salud como entidad de derecho público, con personería jurídica propia y autarquía funcional y financiera.

ARTÍCULO 18.- Consejos Provinciales del Sistema de Salud. Integración.

Los Consejos Provinciales del Sistema de Salud a crearse estarán integrados por representantes de todos los sectores del Sistema Federal de Salud conforme la siguiente composición:

- a) Un presidente y cinco (5) consejeros por el Estado provincial. El presidente deberá ser designado por el Poder Ejecutivo provincial con acuerdo del Poder Legislativo provincial. Los consejeros deberán poseer título habilitante para el ejercicio de alguna de las siguientes disciplinas respectivamente: derecho, economía, epidemiología, medicina sanitaria e informática. Se deberán garantizar al menos tres (3) disciplinas distintas entre los consejeros.
- b) Un consejero designado por el Ministerio de Salud de la provincia a propuesta de los Agentes del Sistema.
- c) Un consejero designado por el Ministerio de Salud de la Provincia a propuesta del Agente Provincial del Sistema.
- d) Un consejero designado por el Ministerio de Salud de la Provincia a propuesta del Instituto Nacional de Previsión Social para Jubilados y Pensionados.
- e) Un consejero designado por el Ministerio de Salud de la Provincia a propuesta de las entidades profesionales de la salud.

- f) Un consejero designado por el Ministerio de Salud de la Provincia a propuesta de las instituciones de internación que operen como prestadores del Sistema.

ARTÍCULO 19.- Cada Consejo Provincial del Sistema de Salud tendrá en el ámbito de su jurisdicción los siguientes objetivos generales:

- a. Programar, coordinar y controlar todas las actividades destinadas a prevenir, promover y restablecer la salud, que realizan en su jurisdicción los agentes del sistema, el sector público y el sector privado.

- b. Formular y acordar con la Nación una Política de Prestaciones única, que será de cumplimiento obligatorio para todos los agentes del sistema y formará parte de la política de salud de la Nación y de la provincia.

- c. Instrumentar una política de extensión de la cobertura a la población no cubierta.

- d. Integrar a los prestadores del sector público de manera orgánica y plena a la red de servicios del sistema de salud mediante contratos que los sitúen en un plano de igualdad con los prestadores privados.

- e. Articular un nuevo modelo prestador que garantice el acceso y cobertura de prestaciones igualitarias a todos los beneficiarios y a todos los prestadores de la red, y la posibilidad de circulación entre ellos de acuerdo a sus necesidades asistenciales.

- f. Establecer los programas para la implementación de las prestaciones –ambulatorio, internación, internación domiciliaria, emergencias- la forma de articulación de éstos con la red de servicios y los modos de acceso a ella de los beneficiarios.

- g. Desarrollar mecanismos efectivos de normalización, evaluación y control del desempeño de los agentes del sistema en la provincia y de la realización de las prestaciones por los prestadores.

- h. Llevar el registro de agentes del sistema y de prestadores que se desempeñen en la provincia, estableciendo las condiciones para su ingreso.

- i. Garantizar la participación de los beneficiarios y los sectores con intereses legítimos en los distintos niveles de conducción y ejecución del sistema, de modo tal que puedan aportar sus perspectivas y conocimientos e influir en la toma de decisiones y las acciones que los afectan, con el fin de facilitar la negociación y búsqueda de soluciones

concertadas por vía del consenso, el compromiso y la responsabilidad recíproca.

- j. Promover la democratización del sistema y su transparencia.
- k. Desarrollar un completo sistema de estadísticas que permita configurar los índices necesarios para realizar un seguimiento del funcionamiento eficiente del sistema, su producción y sus costos. Deberá garantizar el libre acceso a la información.
- l. Responder por el funcionamiento del sistema y la calidad de los servicios prestados.

ARTÍCULO 20.- Serán funciones de los Consejos Provinciales del Sistema de Salud.

1. Funciones generales.

- a. Establecer la historia clínica única informática.
- b. Instituir y regular por beneficiario y agente del sistema un elemento de identificación y requisito de acceso y circulación en la red de prestadores.
- c. Establecer el vademecun de medicamentos autorizados.
- d. Disponer el nomenclador de prestaciones en el marco de las facultades establecidas en la presente ley.
- e. Implementar los valores surgidos de los mecanismos de concertación entre prestadores, obras sociales y consejo provincial de salud.
- f. Diseñar los sistemas de información, estadísticas y mecanismos de evaluación y control del sistema.
- g. Normar y conducir el registro de prestadores y evaluar sus integrantes.
- h. Establecer los mecanismos de certificación y recertificación de los prestadores.
- i. Habilitar las instituciones de internación y establecer los posibles niveles de complejidad.
- j. Categorizar los prestadores de acuerdo a los niveles establecidos.

k. Normar y conducir el Registro Provincial de Agentes del Sistema.

l. Conducir la administración del sistema estableciendo el marco normativo que regule las relaciones entre las obras sociales como entidades financiadoras y los prestadores de los sectores público y privado como prestadores de servicios. Entre ellos fijar las pautas contractuales para la regulación de sus respectivos derechos y obligaciones, nomencladores de prestaciones, normas para su realización, valores, formas de pago, auditorías, y toda otra actividad que haga a la efectiva prestación del servicio.

2. Funciones específicas

a. Política de prestaciones.

i) Prestaciones.

i.1) Normar los mecanismos de acceso de los beneficiarios a la red de prestadores y los de referencia y contra referencia entre sus integrantes.

i.2) Establecer las prestaciones que deberán otorgar obligatoriamente todas los agentes del sistema en la jurisdicción provincial, los diferentes programas destinados a su implementación y la forma de articulación de estos con la red de prestadores.

i.3) Establecer las normas y procedimientos de realización de las prestaciones.

ii) Red de Prestadores o de Servicios:

ii.1) Autorizar las inscripciones en el Registro Provincial de Prestadores de acuerdo a las normas de habilitación, acreditación y categorización dictadas por el Consejo Provincial del sistema de salud.

ii.2) Establecer las causales y decidir la cancelación de la inscripción de los prestadores en el registro.

ii.3) Aprobar y establecer la estructura y composición de la red de prestadores, el modo de articulación de sus integrantes y las normas correspondiente a su desempeño.

ii.4) Controlar y evaluar el desempeño de los prestadores y ejercer la correspondiente potestad sancionatoria.

ii.5) La inscripción en el Registro implicará para los prestadores la firma con el Consejo Provincial del Sistema de un contrato de prestaciones de acuerdo a normas y aranceles establecidos en la Comisión de Concertación.

iii) Agentes del Sistema:

iii.1) Confeccionar y actualizar el Registro Provincial de Agentes del Sistema.

iii.2) Autorizar las inscripciones en el Registro Provincial de Agentes del Sistema, la que será condición indispensable para desempeñarse como tal en la jurisdicción provincial.

iii.3) Aprobar los programas anuales de prestaciones de los Agentes del Sistema y fiscalizar su cumplimiento.

iii.4) Controlar y evaluar el desempeño de los agentes del sistema en el modelo prestador.

iv) Evaluación y control:

iv.1) Establecer los sistemas de información y los mecanismos de control necesarios para el correcto funcionamiento del sistema.

iv.2) Diseñar y administrar los sistemas estadísticos debiendo articular y coordinar con la AFSS la gestión de la información y su publicación y libre acceso.

v) Organización:

v.1) Establecer su organización y dictar su reglamento interno.

v.2) Designar su personal.

v.3) Formular su presupuesto.

vi) Intermediar entre los agentes del sistema y los prestadores. Para ello el Consejo Provincial de Salud deberá:

vi.1) Contratar, con todos los prestadores que integren la red, la realización de las prestaciones.

vi.2) Contratar con todos los agentes del sistema la atención médica a realizar por los prestadores en la red de prestadores provincial regida por dicho Consejo.

vi.3) Recibir la documentación de las prestaciones realizadas por cada prestador a cada beneficiario de cada agente del sistema.

vi.4) Analizar la facturación pertinente de cada prestador y agruparlas en una facturación única para su elevación a cada agente del sistema.

vi.5) Elevar la facturación unificada de todos los prestadores a cada agente del sistema por separado para su gestión y cobro.

vi.6) Luego que la obra social audite las facturaciones de los prestadores elevadas por el Consejo Provincial de Salud, este deberá reclamar el pago de las mismas. En caso de existir problemas en la facturación la obra social deberá plantear las observaciones correspondientes en forma y tiempo que se determinarán en la futura reglamentación.

vi.7) Abonar a cada uno de los prestadores los montos cobrados por las prestaciones realizadas a los beneficiarios de los distintos agentes del sistema.

Comisiones de concertación

ARTÍCULO 21.- En el ámbito de los Consejos Provinciales del Sistema de Salud funcionará una Comisión de Concertación por cada profesión, una por las instituciones de internación y otra por los servicios de diagnóstico y tratamiento de alta complejidad.

Las comisiones estarán integradas por representantes del Consejo Provincial de Salud y de las diferentes profesiones e instituciones. Su función será acordar para cada una de ellas las pautas contractuales del sistema, las normas y procedimientos a las que se ajustarán las prestaciones de servicios y sus valores retributivos. Cuando el Consejo Provincial de Salud lo estimare necesario podrá convocar una Comisión de Concertación de las diferentes comisiones conforme la reglamentación pertinente.

TÍTULO IV

AGENTES DEL SISTEMA

ARTÍCULO 22.- Los sujetos comprendidos en la Ley de Obras Sociales N° 23.660, reglamentarias y modificatorias y los Agentes Provinciales del Sistema serán agentes naturales del sistema, así como aquellas entidades que adhieran al régimen de la presente Ley y se inscribieren en el Registro Nacional de Agentes del Sistema de Salud.

ARTÍCULO 23.- La AFSS, llevará un Registro Nacional de agentes del Sistema, en el que se incluirá:

- a) A los sujetos comprendidos en la Ley de Obras Sociales;
- b) A las asociaciones de obras sociales;
- c) A otras obras sociales que adhieren al régimen de la presente Ley;
- d) A las entidades mutuales.
- e) A las empresas de medicina prepaga que adhieren al régimen de la presente Ley.

Formalizada la inscripción expedirá un certificado que acredite la calidad de agente del sistema.

La inscripción, habilitará al agente del sistema para operar en ese carácter en las condiciones establecidas en la presente Ley.

ARTÍCULO 24.- Los agentes del sistema, cualquiera sea su naturaleza, dependencia y forma de administración, deberán presentar anualmente a la AFSS para su aprobación, en el tiempo y forma que establezca la reglamentación:

- a) El programa de prestaciones médico-asistenciales para sus beneficiarios de conformidad con lo establecido por el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y/o el Nomenclador Provincial de Prestaciones Médicas según corresponda en cada jurisdicción.
- b) El presupuesto de gastos y recursos para la ejecución del mencionado programa;

La AFSS resolverá dentro de los treinta (30) días hábiles inmediatos a su presentación la aprobación, observaciones o rechazo de las proposiciones referidas en los incisos precedentes. Transcurrido el plazo antes señalado sin resolución expresa, se considerarán aprobadas las propuestas.

Asimismo deberán enviar para fiscalización y control de la AFSS la memoria general y balance de ingresos y egresos financieros del período anterior.

ARTÍCULO 25.- La AFSS designará síndicos que tendrán por cometido la fiscalización y control de los actos de los órganos y funcionarios de los agentes del sistema vinculados con el cumplimiento de las normas y disposiciones de la presente ley y su reglamentación.

Estas sindicaturas serán colegiadas y cada una de ellas podrá abarcar más de un agente del sistema.

Su actuación será rotativa con un máximo de cuatro años de funciones en un mismo agente del sistema.

Los síndicos podrán ser removidos por la AFSS y percibirán la remuneración que la misma determine, con cargo a su presupuesto. La AFSS establecerá las normas referidas a las atribuciones y funcionamiento de la sindicatura.

ARTÍCULO 26.- Las resoluciones de los órganos de conducción deberán ser notificados a la sindicatura dentro de los cinco (5) días hábiles de producidas. Esta, en igual plazo deberá expedirse y en caso de efectuar observaciones las mismas deberán ser fundadas y podrán ser recurridas ante la AFSS de acuerdo al siguiente procedimiento.

1.- En el término de cinco (5) días hábiles subsiguientes a la notificación de la observación, el agente del sistema elevará a la AFSS la actuación observada y los fundamentos para su insistencia, sin que ello implique la suspensión de la ejecutoriedad de la resolución cuestionada.

2.- La AFSS deberá resolver la cuestión planteada dentro de los diez (10) días hábiles de recibidas las actuaciones, notificando al agente la decisión adoptada, la que será irrecurrible en sede administrativa.

Vencido el plazo referido, y no mediando resolución expresa, quedará firme el acto observado.

La sindicatura podrá asistir a las sesiones del órgano conductor del agente del sistema, con voz pero sin voto, y sus opiniones deberán constar en las respectivas actas.

TÍTULO V

MODELO PRESTADOR UNIFICADO.

ARTÍCULO 27.- El Modelo Prestador es la unidad funcional conformada por la red de prestadores, la forma en que se articulan en ella los programas y las acciones destinados a ejecutar una política de prestaciones al servicio de una política de salud.

El Modelo Prestador se constituye por la Cobertura Prestacional, los diferentes programas destinados a la implementación del modelo y la red de prestadores.

ARTÍCULO 28.- El modelo prestador tiene como objetivo primordial la utilización integral de todos los recursos humanos, de equipamiento y de infraestructura disponible, sean públicos o privados, permitiendo a los beneficiarios el acceso libre a todas las oportunidades asistenciales existentes.

ARTÍCULO 29.- Serán principios del modelo prestador.

- a) Libre elección del profesional o institución. Los beneficiarios pueden acceder a todos los prestadores que integran la red.
- b) Pago por prestación. Cada prestación tendrá un valor previamente determinado en el nomenclador de prestaciones médicas y el prestador cobrará por prestación realizada de acuerdo a ese valor. En casos específicos que determine la reglamentación se aceptará la modalidad de pago por módulo, entendiéndose por tal cuando se efectúa un solo pago por las diferentes prestaciones usadas para tratar una patología determinada.
- c) Referencia y contra referencia: Los pacientes circularán en la red mediante derivación en sistemas normados de referencia y contra referencia.

ARTÍCULO 30.- Las prestaciones de salud garantizadas por este modelo prestador se consideran un servicio social de interés público y su incumplimiento dará lugar a las sanciones previstas en la presente Ley.

COBERTURA PRESTACIONAL.

ARTÍCULO 31.- La cobertura prestacional definida en el artículo 5 inciso c) de la presente ley deberá ser otorgada en forma obligatoria por todos los agentes habilitados por el Sistema Federal de Salud.

Su definición y modos de implementación serán de competencia de la AFSS y de los Consejos Provinciales de Salud de las provincias que

adhieran, resultando obligatoria para quienes administren fondos y/o recursos presupuestarios del Sistema.

ARTÍCULO 32.- Para la elaboración del Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y de los Nomencladores Provinciales de Prestaciones médicas establecidos en los artículos siguientes se deberán observar los siguientes criterios:

- a) Análisis de los perfiles epidemiológicos y de las necesidades que de él se derivan, incluyendo en estas necesidades las de prevención y promoción.
- b) Definición del espectro de prestaciones para cubrir estas necesidades.
- c) Fijación de prioridades a partir de la disponibilidad de recursos existentes.

NOMENCLADOR NACIONAL DE PRESTACIONES MÉDICAS.

ARTÍCULO 33.- La AFSS establecerá un NOMENCLADOR NACIONAL DE PRESTACIONES MÉDICAS (NNPM), que deberá contemplar todas las prestaciones médicas incluidas en la cobertura prestacional, su caracterización, agrupamiento y clasificación, fijando sus respectivos valores, para todo el territorio de la República Argentina.

ARTÍCULO 34.- A los fines de la confección, actualización y evaluación del NNPM la AFSS deberá constituir una Comisión Nacional de Prestaciones Médicas (CNPM) que contemple la representatividad de todos los operadores del Sistema de Salud. La CNPM deberá reunirse al menos una vez cada seis (6) meses a los fines de analizar el funcionamiento del NNPM su actualización y control.

ARTÍCULO 35.- El NNPM será obligatorio para todos los agentes y prestadores del sistema.

ARTÍCULO 36.- La AFSS establecerá un sistema de información pública que garantice el libre acceso. El sistema publicará online todos los datos que respalden el NNPM y los Nomencladores Provinciales de Prestaciones Médicas.

ARTÍCULO 37.- La Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las jurisdicciones provinciales podrán en forma fundada y previa aprobación de la AFSS con intervención del CNPM establecer un NOMENCLADOR PROVINCIAL DE PRESTACIONES MEDICAS que

regirá en su jurisdicción en las condiciones establecidas en el artículo siguiente.

NOMENCLADOR PROVINCIAL DE PRESTACIONES MÉDICAS.

ARTÍCULO 38.- Cada Consejo Provincial de Salud, a los fines de adecuar las prestaciones a los distintos perfiles epidemiológicos y requerimientos económicos, financieros o administrativos de su jurisdicción, podrá definir su propio NPPM, fijando sus respectivos valores, para lo cual el NNPM tendrá carácter referencial.

El NPPM deberá ser aprobado y homologado ante la AFSS con intervención del CNPM.

Para su aprobación deberá cumplir con la estructura, categorización, agrupamiento y clasificación fijados para el NNPM.

ARTÍCULO 39.- La AFSS fiscalizará y el controlará el cumplimiento en todas las jurisdicciones del NNPM y de los NPPM.

Para ello establecerá los mecanismos de control a los agentes y prestadores del sistema.

ARTÍCULO 40.- Los Consejos Provinciales de Salud fiscalizarán y controlarán el cumplimiento en su jurisdicción del NPPM.

Para ello establecerán los mecanismos de control a los agentes y prestadores del sistema en su jurisdicción.

RED DE PRESTADORES.

ARTÍCULO 41.- La red de prestadores deberá operar bajo los conceptos de unidad funcional y planificación espacial o territorial.

ARTÍCULO 42.- Los componentes de la red de prestadores independientemente de su condición deberán actuar en forma complementaria y articulada a fin de conformar una unidad funcional.

Los Consejos Provinciales establecerán normas operativas, de registros médicos, de sistematización de diagnóstico y tratamiento, de estadísticas, de sistemas de información, de evaluación y control uniformes en todos los puntos de la red y para todos los operadores.

ARTÍCULO 43.- Los Consejos Provinciales de Salud conforme a la distribución espacial de la población y a las demandas propias de su perfil epidemiológico planificarán territorialmente la distribución de los recursos que posibilite el acceso de los beneficiarios en tiempo y forma a los servicios de salud.

ARTÍCULO 44.- Los Consejos Provinciales de Salud establecerán un régimen de categorización, certificación y recertificación de los establecimientos pertenecientes a los prestadores y de sus recursos humanos que asegure su idoneidad en los distintos niveles de complejidad.

ARTÍCULO 45.- Podrán integrar la red de prestadores todas las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas que se encuentren inscriptas en el registro de prestadores que tienen a su cargo los Consejos Provinciales del Sistema.

ARTÍCULO 46.- Cada Consejo Provincial de Salud llevará un registro de prestadores. Podrán inscribirse en el registro quienes cumplan con los requisitos de categorización y certificación conforme al nivel de complejidad prestacional que el Consejo establezca.

Los prestadores sólo podrán desempeñarse en el nivel de complejidad para el cual se encuentren inscriptos.

ARTÍCULO 47.- Serán obligaciones de los prestadores que integren el registro:

- a) Respetar las normas operativas dictadas por la autoridad de aplicación.
- b) Someterse a los sistemas de auditoría, evaluación y control que la autoridad de aplicación establezca.
- c) Efectuar las prestaciones previstas en el nomenclador para las cuales estuvieran acreditados a todos los beneficiarios del Sistema de Salud sin discriminación de ningún tipo.
- d) Respetar en todos los casos los aranceles establecidos, así como también el no cobro directo al usuario de adicionales, salvo coseguros cuando estuvieran regulados.
- e) Evitar la suspensión de los servicios cuando no fuere conforme a tiempo y causales previstas en sus contratos.
- f) Garantizar la calidad de la oferta de prestaciones.
- g) Garantizar que el personal profesional y técnico cumpla con las especificaciones y requisitos que establezcan la certificación y re-certificación de sus capacidades en relación al área de prestaciones autorizados a cubrir.

- h) Cumplir los requisitos de habilitación de infraestructura establecidos por las autoridades de salud pública provinciales.
- i) Cumplir con los requisitos de categorización según niveles de complejidad y/o especialización establecidos por el Consejo Provincial de Salud.
- j) Cumplir con los requisitos de higiene, confort y privacidad pactados.
- k) Observar las normas establecidas para la realización del proceso de atención.
- l) Establecer comités mixtos integrados por el prestador y la obra social para realizar auditorías de documentación (historia clínica y otras específicas a establecer) y auditorías en terreno para casos concretos.
- m) Establecer comités de morbi-mortalidad.
- n) Adecuar y observar la normativa vigente para la confección y seguimiento de la historia clínica única informatizada y de los mecanismos preestablecidos de referencia, contra referencia y complementación entre prestadores.

PROGRAMAS PARA BRINDAR LAS PRESTACIONES

ARTÍCULO 48.- El funcionamiento del modelo prestador debe estructurarse a través de un conjunto de programas a desarrollarse en ámbitos específicos de la red de prestadores.

Los programas deben ser complementarios y encontrarse articulados entre sí a los efectos de obtener un sistema prestacional con cobertura integral a todas las necesidades de atención médica de la población.

ARTÍCULO 49.- Serán programas de carácter obligatorio los siguientes: Programa Ambulatorio, Programa de Internación, Programas Asistenciales, Programas de Emergencia in situ e institucional, Programa de Internación Domiciliaria, Programa Atención Domiciliaria, Programas Generales o Complementarios, Programa informático, Programa de comunicaciones y movilidad.

ARTÍCULO 50.- Los Consejos Provinciales de Salud reglamentarán el contenido de los programas dispuestos en el artículo precedente.

ARTÍCULO 51.- Se deberá dejar constancia en el Sistema Único de Registro Digital de Historia Clínica, de toda intervención médico-

sanitaria a cargo de profesionales y auxiliares de la salud, que se brindare en el Sistema Federal de Salud.

ARTÍCULO 52.- El Sistema Único de Registro Digital de Historias Clínicas garantizará a los pacientes, a los agentes del sistema y a los prestadores el acceso a una base de datos de información clínica relevante para atención sanitaria de cada paciente desde cualquier lugar del territorio nacional, asegurando al paciente que la consulta de sus datos quedará restringida a quien esté autorizado para ello con sujeción a lo dispuesto en la Ley N° 25.326, sus normas reglamentarias y modificatorias.

ARTÍCULO 53.- Los beneficiarios se identificarán mediante un instrumento que determinará la reglamentación. Dicho instrumento certificará su condición de usuario, habilitándolos a concurrir a los diferentes prestadores y a circular entre ellos, y ser utilizada para la confección de la facturación por parte del prestador. No se requerirá a los usuarios autorización previa al uso de los servicios. Se registrarán mediante esta identificación, todos los usos de prestaciones por parte del beneficiario y las prestaciones realizadas por el prestador.

TÍTULO VI

FUENTES DE FINANCIACIÓN.

ARTÍCULO 54.- El Sistema Federal de Salud contará con las siguientes fuentes de financiación:

- a) Los aportes y contribuciones proporcionales a la remuneración establecidos en el artículo 16 de la Ley N° 23.660 conforme texto modificado por la Leyes Nros. 25.239 y 25.565. Para su cálculo se considera remuneración la definida en el artículo 18 de la Ley N° 23.660 y no regirán a estos efectos los topes establecidos en el artículo 9° de la Ley N° 24.241 y sus normas complementarias.
- b) Lo recaudado en concepto de coseguro conforme lo establecido en el artículo 57 de la presente Ley.
- c) Las partidas presupuestarias destinadas por el Estado Nacional, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las jurisdicciones provinciales.

ARTÍCULO 55.- A fin de incluir en el Sistema a los beneficiarios enunciados en el artículo 6 inciso c) de la presente ley la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las jurisdicciones provinciales crearán un Agente Provincial del Sistema.

El Agente Provincial actuará como agente del sistema de los sujetos enunciados en el párrafo anterior.

El Agente Provincial del Sistema deberá contar con los fondos suficientes para asegurar a sus beneficiarios la cobertura en cuanto agente del sistema.

Sus recursos serán aportados en un cincuenta por ciento (50%) por el Estado provincial y en un cincuenta por ciento (50%) por el Estado nacional.

Para dotar de recursos a los Agentes Provinciales del Sistema los presupuestos nacionales y provinciales deberán tomar como base de cálculo el resultado que surja de multiplicar el valor de la cuota parte solidaria establecida en el artículo siguiente por el número de beneficiarios no cubiertos en cada jurisdicción.

FONDO ÚNICO.

ARTÍCULO 56.- Créase el Fondo Único de Financiación a los fines de equiparar las posibilidades económicas entre los Agentes del sistema. El Fondo será administrado por la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) y estará constituido por el ochenta y cinco (85) por ciento del total recaudado en concepto de aportes y contribuciones de los beneficiarios enumerados en el artículo 6° incisos a), b) y d) de la presente Ley.

Cada agente del sistema recibirá por transferencia automática del Fondo el monto que surja de multiplicar su número de afiliados por la cuota parte solidaria.

La cuota parte solidaria es el resultado de dividir el monto total del Fondo por el número total de beneficiarios del Sistema excluidos los beneficiarios del artículo 6 inciso c).

El restante quince (15) por ciento del total recaudado en concepto de aportes y contribuciones se distribuye en relación directa al aporte y contribución de cada beneficiario a su correspondiente agente del sistema por transferencia automática de la AFIP. Estos fondos podrán ser destinados por cada agente del sistema para gastos administrativos y sociales.

COSEGURO.

ARTÍCULO 57: Facúltese a la AFSS a establecer modalidades de pago de coseguro por parte de los beneficiarios del Sistema para el acceso a determinadas prestaciones.

En el establecimiento del coseguro la AFSS deberá garantizar la proporcionalidad con el nivel de ingresos de los beneficiarios, pudiendo incluso eximir de su pago a los sectores de más bajos ingresos. Se podrá establecer que el nivel inicial de atención esté exento de coseguro.

TÍTULO VII

DE LA JURISDICCIÓN, INFRACCIONES Y PENALIDADES.

ARTÍCULO 58.- La AFSS y los agentes del sistema, respecto a las relaciones fundadas en la facultad de la fiscalización y control administrativo y financiero propia de aquella, estarán sometidos exclusivamente a la jurisdicción federal. El sometimiento de los agentes del sistema a la justicia ordinaria estará limitado a su actuación como sujeto de derecho en los términos dispuestos en la Ley de Obras Sociales o la legislación que rija su funcionamiento.

Respecto a las relaciones entre los Consejos Provinciales de Salud con los agentes del sistema, fundadas en las facultades de control de desempeño de aquel, la jurisdicción será provincial.

ARTÍCULO 59.- La AFSS y los agentes del sistema estarán exentos del pago de impuestos, tasas y contribuciones nacionales.

ARTÍCULO 60.- La AFSS, previo traslado por diez (10) días hábiles al agente del sistema cuestionado, podrá disponer la intervención de la entidad cuando se produzcan en ella acciones u omisiones que por su carácter o magnitud impidan o alteren su funcionamiento en cuanto a las prescripciones de la presente ley. Al mismo tiempo la AFSS deberá disponer los mecanismos sumarios que permitan la continuidad y normalización de las prestaciones de salud.

ARTÍCULO 61.- Se considera infracción:

a) La violación de las disposiciones de la presente Ley y su reglamentación, las normas que establezcan el Ministerio de Salud de la Nación, la AFSS, los Consejos Provinciales de Salud y las contenidas en los estatutos de los agentes del sistema;

b) La negativa a proporcionar la documentación informativa y demás elementos de juicio que la AFSS, los síndicos o los Consejos Provinciales de Salud requieran en el ejercicio de sus funciones, derechos y atribuciones;

c) El incumplimiento de las directivas impartidas por las autoridades de aplicación;

d) La falta de presentación en tiempo y forma de los programas, presupuestos, balances y memorias generales y copia de los contratos celebrados, a que hace referencia la presente Ley.

ARTÍCULO 62.- Las infracciones previstas en el artículo anterior acarrearán las siguientes sanciones:

a) Apercibimiento;

b) Multa desde una (1) vez el monto del haber mínimo de jubilación ordinaria del régimen nacional de jubilaciones y pensiones para Trabajadores en relación de dependencia, vigente al momento de hacerse efectiva la multa, y hasta cien (100) veces, dicho monto.

La multa se aplicará por cada incumplimiento comprobado a los agentes del sistema;

c) Suspensión de hasta un año (1) a cancelación de la inscripción en el Registro Nacional o Provincial de Agentes.

Para la aplicación de cada una de las sanciones y su graduación se tendrán en cuenta la gravedad y reiteración de las infracciones.

ARTÍCULO 63.- La aplicación de las infracciones previstas en el artículo anterior se hará conforme al procedimiento que establezca la AFSS o los Consejos Provinciales de Salud que deberán asegurar el derecho de defensa y el debido proceso.

La suspensión o cancelación de inscripción en el Registro Nacional o Provincial de Agentes dispuesto en el artículo anterior tendrá efecto para todos los agentes del sistema.

ARTÍCULO 64.- Las sanciones previstas en esta Ley podrán ser recurridas o apeladas dentro de los diez (10) días hábiles de notificadas, fehacientemente y en domicilio legal del agente del sistema o del prestador.

Será competente para conocer el recurso la Cámara Federal que corresponda de acuerdo con el domicilio del recurrente en el caso de sanciones aplicadas por la AFSS.

El recurso se deducirá ante la AFSS con la expresión de su fundamento. Interpuesto el recurso las actuaciones se elevarán inmediatamente al tribunal correspondiente, pudiendo en el mismo acto, la AFSS, contestar los agravios del recurrente.

Para las sanciones aplicadas por los Consejos Provinciales de Salud será competente el órgano jurisdiccional y se aplicará el procedimiento que la legislación provincial establezca.

TÍTULO VIII

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS.

ARTÍCULO 65.- Modificase el artículo 4º de la Ley N° 23.660 sus reglamentarias y modificatorias el que quedará redactado de la siguiente forma:

“Las obras sociales, cualquiera sea su naturaleza y forma de administración presentarán anualmente, en lo referente a su responsabilidad como agentes del sistema, la siguiente documentación ante la AGENCIA FEDERAL DE SERVICIOS DE SALUD (AFSS).

- a) Programa de prestaciones médico-asistenciales para sus beneficiarios;
- b) Presupuesto de gastos y recursos para su funcionamiento.
- c) Memoria general y balance de ingresos y egresos financieros del período anterior;
- d) Copia legalizada de todos los contratos de prestaciones de salud que celebre durante el mismo período, a efectos de confeccionar un registro de los mismos.”

ARTÍCULO 66.- Incorporase como artículo 4º bis de la Ley N° 23.660 sus reglamentarias y modificatorias el siguiente texto:

Artículo 4º bis.-“Las obras sociales, cualquiera sea su naturaleza y forma de administración presentarán anualmente, en lo referente a su responsabilidad como agentes del sistema, la siguiente documentación ante los Consejos Provinciales del Sistema de Salud de cada jurisdicción:

- a) Programa de prestaciones médico-asistenciales para sus beneficiarios;
- b) Ejecución del programa.”

ARTÍCULO 67.- Deróguese el artículo 5º de la Ley N° 23.660.

ARTÍCULO 68.- Sustitúyase el artículo 6º de la Ley N° 23.660 sus reglamentarias y modificatorias por el siguiente texto:

“Las obras sociales comprendidas en el régimen de la presente ley, como agentes del sistema, deberán inscribirse en el registro nacional de agentes del sistema que funcionará en el ámbito de la AFSS y en los registros provinciales de agentes del sistema, en las condiciones que establezca la ley del Sistema Federal de Salud de Cobertura Universal, Integrada y Solidaria.

ARTÍCULO 69.- Modificase el artículo 7º de la Ley Nº 23.660 sus reglamentarias y modificatorias el que quedara redactado de la siguiente forma:

“Las resoluciones que adopten la AFSS y los Consejos Provinciales del Sistema de Salud, en ejercicio de las funciones, atribuciones y facultades otorgadas por la legislación, serán de cumplimiento obligatorio para las obras sociales”.

ARTÍCULO 70.- Modificase el artículo 8º de la Ley Nº 23.660 sus reglamentarias y modificatorias el que quedara redactado de la siguiente forma:

“Quedan obligatoriamente incluidos en calidad de beneficiarios de las obras sociales:

- a) Los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia, sea en el ámbito privado o en el sector público del Poder Ejecutivo o en sus organismos autárquicos y descentralizados; en empresas y sociedades del Estado,
- b) Los jubilados y pensionados;
- c) Los beneficiarios de prestaciones no contributivas nacionales.”

ARTÍCULO 71.- Modificase el último párrafo del artículo 9º de la Ley Nº 23.660 sus reglamentarias y modificatorias el que quedara redactado de la siguiente forma:

“Quedan también incluidos en calidad de beneficiarios:

- a) Los grupos familiares primarios de las categorías indicadas en el artículo anterior. Se entiende por grupo familiar primario el integrado por el cónyuge del afiliado titular, los hijos solteros hasta los veintiún años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral, los hijos solteros mayores de veintiún años y hasta los veinticinco años inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente, los hijos incapacitados y a cargo del afiliado titular, mayores de veintiún años; los hijos del

cónyuge; los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa, que reúnan los requisitos establecidos en este inciso;

b) Las personas que convivan con el afiliado titular y reciban del mismo ostensible trato familiar, según la acreditación que determine la reglamentación.

La AFSS podrá autorizar, con los requisitos que ella establezca, la inclusión como beneficiarios, de otros ascendientes o descendientes por consanguinidad del beneficiario titular y que se encuentren a su cargo, en cuyo caso se fija un aporte adicional del uno y medio por ciento (1.5%) por cada una de las personas que se incluyan.”

ARTÍCULO 72.- Modificase el artículo 11 de la Ley N° 23.660 sus reglamentarias y modificatorias el que quedara redactado de la siguiente forma:

“Cada obra social elaborará su propio estatuto conforme con la presente ley y las normas que se dicten en consecuencia, el que presentará ante la AFSS y los Consejos Provinciales del Sistema de Salud para su registro.”

ARTÍCULO 73.- Sustitúyase el artículo 15 de la Ley N° 23.660 sus reglamentarias y modificatorias por el siguiente texto:

Artículo 15.- “Cuando la AFSS o los Consejos Provinciales del Sistema de Salud realicen tareas de control y fiscalización en los agentes del sistema, en ejercicio y dentro de las facultades establecidas en la Ley del Sistema Federal de Salud, aquéllas facilitarán el personal y elementos necesarios para el cumplimiento de la aludida misión.”

ARTÍCULO 74.- Modificase el inciso a) del artículo 16 de la Ley N° 23.660 sus reglamentarias y modificatorias por el que quedara redactado de la siguiente forma:

“Se establecen los siguientes aportes y contribuciones para el sostenimiento de las acciones que deben desarrollar las obras sociales según la presente ley:

a) Una contribución a cargo del empleador equivalente al seis por ciento (6 %) de la remuneración de los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia;

b) Un aporte a cargo de los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia equivalente al tres por ciento (3%) de su remuneración. Asimismo, por cada beneficiario a cargo del afiliado titular, a que se refiere el artículo 9 último apartado, aportará el uno y medio por ciento (1.5%) de su remuneración;

c) En el caso de las sociedades o empresas del Estado, la contribución para el sostenimiento de la obra social no podrá ser inferior, en moneda constante, al promedio de los doce (12) meses anteriores a la fecha de promulgación de la presente ley.

Asimismo, mantendrán su vigencia los aportes de los jubilados y pensionados y los recursos de distinta naturaleza destinados al sostenimiento de las obras sociales determinados por leyes, decretos, convenciones colectivas u otras disposiciones particulares.

Mantienen su vigencia los montos o porcentajes de los actuales aportes y/o contribuciones establecidos en las convenciones colectivas de trabajo u otras disposiciones, cuando fueren mayores que los dispuestos en la presente ley, como así también los recursos de distinta naturaleza a cargo de las mismas partes o de terceros, destinados al sostenimiento de las obras sociales.”

ARTÍCULO 75.- Modifícase el párrafo primero del artículo 18 de la Ley Nº 23.660 sus reglamentarias y modificatorias el que quedara redactado de la siguiente forma:

“A los fines del artículo 16 de la presente ley, se entiende por remuneración la definida por las normas del régimen nacional de jubilaciones y pensiones para trabajadores en relación de dependencia, no rigiendo para su cálculo los topes allí establecidos. A los efectos de establecer los aportes y contribuciones, la remuneración no podrá ser inferior a la fijada en disposiciones legales o convenios colectivos de trabajo o a la retribución normal de la actividad de que se trate.

Establécese que, a los efectos de los beneficios que otorga la presente ley, los aportes y contribuciones deberán calcularse para los casos de jornadas reducidas de trabajo, sobre una base mínima igual a ocho horas diarias de labor calculadas conforme a la categoría laboral del beneficiario titular y en base al convenio colectivo de trabajo de la actividad de que se trate, aplicándose sobre veintidós (22) días mensuales de dicha jornada mínima, para el personal jornalizado.

Para el personal mensualizado, los aportes y contribuciones mínimos serán calculados sobre las remuneraciones establecidas en los convenios colectivos de trabajo para la actividad y de acuerdo a la categoría laboral del trabajador, en base a la cantidad de doscientas horas mensuales, salvo autorización legal o convención colectiva de trabajo que permita al empleador abonar una retribución menor.”

ARTÍCULO 76.- Sustitúyase el artículo 19 de la Ley N° 23.660 por el siguiente texto:

Artículo 19.-“Los empleadores, dadores de trabajo o equivalentes en su carácter de agentes de retención deberán depositar la contribución a su cargo junto con los aportes que hubieran debido retener -al personal a su cargo-, dentro de los quince (15) días corridos, contados a partir de la fecha en que se deba abonar la remuneración a la orden del Fondo Único de Financiación administrado por la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP).

Cuando las modalidades de la actividad laboral lo hagan conveniente, la autoridad de aplicación podrá constituir a entidades en agentes de retención de contribuciones y aportes calculados sobre la producción, que equivalgan y reemplacen a los calculados sobre el salario, a cuyo efecto aprobará los convenios de corresponsabilidad suscriptos entre dichas entidades y las respectivas obras sociales.”

ARTÍCULO 77.- Modificase el artículo 20 de la Ley N° 23.660 sus reglamentarias y modificatorias el que quedara redactado de la siguiente forma:

“Los aportes a cargo de los beneficiarios mencionados en los incisos b) y c) del artículo 8 serán deducidos de los haberes jubilatorios de pensión o de prestaciones no contributivas que les corresponda percibir, por los organismos que tengan a su cargo la liquidación de dichas prestaciones, debiendo transferirse conforme lo establecido en el artículo anterior”

ARTÍCULO 78.- Sustitúyase el artículo 21 de la Ley N° 23.660 sus reglamentarias y modificatorias por el siguiente texto:

Artículo 21.-“Para la fiscalización y verificación de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de los responsables y obligados, los funcionarios e inspectores de la AFSS tendrán, en lo pertinente, las facultades y atribuciones que la ley asigna a los de la Administración Federal de Ingresos Públicos.

Las actas de inspección labradas por los funcionarios e inspectores mencionados en el párrafo anterior hacen presumir, a todos los efectos legales, la veracidad de su contenido.”

ARTÍCULO 79.- Sustitúyase el artículo 22 de la Ley N° 23.660 sus reglamentarias y modificatorias por el siguiente texto:

Artículo 22.-“Las obras sociales sólo podrán destinar para sus gastos administrativos y sociales los fondos recibidos según lo establecido en

el artículo 56 in fine de la ley SISTEMA FEDERAL DE SALUD DE COBERTURA UNIVERSAL, INTEGRADA Y SOLIDARIA.

El resto de los ingresos que por cualquier motivo perciban deberá ser destinado con exclusividad a la cobertura prestacional de sus afiliados.”

ARTÍCULO 80.- Deróguese el artículo 25 de la Ley N° 23.660 sus reglamentarias y modificatorias.

ARTÍCULO 81.- Sustitúyase el artículo 26 de la Ley N° 23.660 sus reglamentarias y modificatorias por el siguiente texto:

Artículo 26.-“La AFSS tendrá como fin promover, coordinar e integrar las actividades de las obras sociales en todo aquello que no se encuentren obligadas por la ley SISTEMA FEDERAL DE SALUD DE COBERTURA UNIVERSAL, INTEGRADA Y SOLIDARIA. Actuará también como organismo de control para los aspectos administrativos y contables de las obras sociales.”

ARTÍCULO 82.- Sustitúyase el artículo 27 de la Ley N° 23.660 sus reglamentarias y modificatorias por el siguiente texto:

Artículo 27.-“Para el cumplimiento de estos fines tendrá las siguientes atribuciones:

1° Requerirá y aprobará la memoria anual y balances de las obras sociales.

2° Requerirá y suministrará información adecuada para el mejor contralor de los agentes del sistema.

3° Propondrá al Poder Ejecutivo Nacional la intervención de las obras sociales cuando se acrediten irregularidades o graves deficiencias en su funcionamiento. En este caso se instrumentarán mecanismos sumarios para asegurar las prestaciones de salud garantizadas por la ley del SISTEMA FEDERAL DE SALUD DE COBERTURA UNIVERSAL, INTEGRADA Y SOLIDARIA.

4° Llevará un Registro de Agentes del Sistema.

5° A los efectos de la verificación del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente ley y demás normas complementarias, la AFSS podrá solicitar de las obras sociales la información necesaria, su ampliación y/o aclaraciones.

6° Resolver los conflictos sobre encuadramiento de los beneficiarios de las obras sociales.”

ARTÍCULO 83.- Derogase la Ley N° 23.661, los Decretos Nros. 9/93, 576/93, 1615/96, 492/95, 53/98, 486/02, 317/05, 1554/07, 1198/12, y toda otra norma que se oponga a la presente Ley, en salvaguarda de los derechos adquiridos por terceros.

TÍTULO IX

DISPOSICIONES TRANSITORIAS.

ARTÍCULO 84.- A efectos de desempeñar un rol modelo dentro de la atención médica, todos los prestadores públicos de salud nacionales, provinciales y municipales, y en particular los hospitales, deberán realizar las adecuaciones y mejoras para la implementación del sistema.

Las mejoras deberán incluir, aspectos técnicos científicos, de evaluación de resultados, de organización de la atención y de incorporación de nuevas tecnologías médicas, así como los aspectos administrativos, con especial referencia al análisis económico en general y de costos en particular.

ARTÍCULO 85.- Invitase a la ciudad Autónoma de Buenos Aires y a las jurisdicciones provinciales a adherir a la presente ley en las condiciones establecidas, adecuando su normativa interna a tales efectos.

Hasta tanto se produzca la adhesión la AFSS ejercerá las funciones y atribuciones de los Consejos Provinciales del Sistema de Salud.

Los sujetos enumerados en el artículo 6 inciso c) de la presente Ley residentes en las provincias o ciudad Autónoma de Buenos Aires no serán beneficiarios del Sistema hasta tanto se formalice la adhesión de tales jurisdicciones a la presente ley.

ARTÍCULO 86.- Para la aplicación plena del Sistema el Estado nacional financiará en forma gradual a cada provincia y a la ciudad Autónoma de Buenos Aires la inclusión de los beneficiarios en el Agente Provincial del Sistema durante los tres (3) años posteriores a la adhesión.

El primer año financiará el cien por ciento (100%), el segundo año el setenta y cinco (75%) y el tercero el cincuenta por ciento (50%).

A tal fin se autoriza al Poder Ejecutivo nacional a disponer de las partidas presupuestarias necesarias para la plena aplicación del Sistema.

ARTÍCULO 87.- Como contrapartida a los recursos nacionales recibidos conforme lo establecido en el artículo anterior las provincias

y la ciudad Autónoma de Buenos Aires deberán destinar recursos propios a las adecuaciones y mejoras en la red de prestadores públicos que resulten necesarias para la implementación del Sistema.

ARTÍCULO 88.- Facúltese al Poder Ejecutivo nacional a disponer la absorción y/o fusión de organismos, protección de los derechos laborales del personal reasignación de partidas presupuestarias que resultaren necesarias para la ejecución de la presente Ley.

ARTÍCULO 89.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Laura G. Montero.- Ernesto R. Sanz. – Silvia B.Elías de Pérez. – Gerardo R. Morales. -

FUNDAMENTOS

Señor Presidente:

Mediante el presente proyecto de ley se promueve la UNIVERSALIZACION INTEGRACION Y FEDERALIZACION DEL SISTEMA DE SALUD.

En ese sentido se crea un nuevo Sistema de Salud bajo los principios de universalización de la cobertura, integración de los prestadores, federalización de su administración y financiación a través de un sistema solidario.

El presente proyecto de ley tiene su origen y fundamentos en la propuesta realizada por el Doctor Rodolfo Marcial Montero, que habiendo trabajado sus últimos tres años de vida en idear un nuevo sistema de salud, logró dejar a modo de legado un libro hasta la fecha inédito, pero que se encuentra próximo a su publicación.

El mencionado libro contiene en forma detallada los fundamentos filosóficos, técnicos y conceptuales que sustentan el proyecto.

Cualquier propuesta de un sistema de salud, debe tener en cuenta la experiencia histórica habida en el país que sirva de punto de partida para luego introducir los profundos cambios estructurales y funcionales que se necesitan para la creación de un sistema universal, equitativo, integral e igualitario.

Intentar, generalmente por razones ideológicas mal entendidas, empezar de cero, constituiría un grave error porque, aparte de la enconada resistencia que se generaría en todos los que actualmente tienen derechos adquiridos, estaríamos desaprovechando los

conocimientos y recursos acumulados y, sobre todo, la enseñanza que se saca de los errores y fracasos sufridos y de los éxitos alcanzados.

Parece necesario entonces recordar, aunque sea de manera resumida, como fue el desempeño del régimen de las obras sociales en las últimas décadas, luego de la sanción de las leyes 18.610 y 19.710 que lo institucionalizaron en los años setenta.

A ese efecto consideramos que en el sistema de obras sociales en general y en su modelo prestador en particular, ha habido dos periodos muy bien diferenciados en los principios que los fundamentan y en su financiación, estructuración y funcionamientos. El primero, desde su inicio hasta el final de la década del 80 y el segundo, desde el inicio de la década del 90 hasta la actualidad.

En el primer período el régimen de las obras sociales, pese a estar dividido institucionalmente en múltiples obras sociales y carecer en la práctica de un verdadero organismo de conducción, se comportó, a nivel de la red servicios, en todas las provincias y para la gran mayoría de las obras sociales, como un sistema integrado funcionalmente por las prestaciones que brindaba y el modo como lo hacía: las mismas prestaciones realizadas bajo las mismas normas y en general (había excepciones) la misma red de prestadores para todos los beneficiarios cualquiera fuese la obra social a que pertenecieran.

Esta integración funcional fue posible porque las leyes 18.610 y 19.710 establecieron con ese fin una serie de instrumentos que permitieron en primer lugar la existencia de un nomenclador nacional de prestaciones médicas que con sus sucesivas modificaciones y reestructuraciones, aún con sus imperfecciones, constituía, al ser adoptado por las obras sociales y los prestadores, una política de cobertura prestacional obligatoria y, en alguna medida, las normas bajo las cuales debían ejecutarse. Además, las instituciones gremiales de profesionales y la de Clínicas y Sanatorios cumplieron un rol protagónico en el sistema. Estas instituciones, al actuar como agente contratante con las obras sociales en representación de sus afiliados o asociados, ofrecieron una red de prestadores que, a partir de principio de los años 70, incluía a la enorme mayoría de los profesionales y de la capacidad instalada privada, lo que permitía atender prácticamente casi toda la demanda del sistema. Es decir, estas instituciones constituyeron una vasta red asistencial que estaba a disposición de todos los beneficiarios del sistema y tendía a operar –aunque de manera imperfecta- como una unidad funcional.

En resumen, el nomenclador como política de cobertura prestacional, un conjunto de normas y regulaciones orientadas a ordenar el régimen estructurándolo para que funcionase como sistema, y las organizaciones de los prestadores con sus afiliados articulándose

como una red, fueron los rasgos distintivos de un período en el que se atendió a millones de personas -aunque no a todas las que se debía- a un nivel acorde con los conocimientos y los recursos tecnológicos y de infraestructura que se disponía en esos años, y en el que se logró, además, una aceptable igualdad en la atención de los afiliados de las diferentes obras sociales.

En general, puede decirse que fue una legislación que evolucionó tendiendo a dar alguna forma de organización sistémica a un régimen que por la multiplicidad de obras sociales existentes y la composición pluralista de su listado de prestadores era, de por sí, difícil de articular.

Sin embargo, el sistema adolecía de fallas graves, algunas de tipo estructural y otras de tipo administrativo y de funcionamiento.

Entre los problemas estructurales, el principal desde el punto de vista de la equidad, era (y es) la existencia de un alto porcentaje de la población que quedaba fuera del sistema de salud porque carecía de recursos para costear su enfermedad y quedaba fuera de la cobertura de las obras sociales porque no tenía relación de dependencia legalizada, o tenía trabajos informales o estaba desempleado. Para hacer una estimación de la magnitud del problema debe pensarse en la cantidad y cronicidad del empleo en negro y de la economía informal en el país.

El segundo problema fue (y es) que estando organizado el régimen de obras sociales por sectores de la estructura productiva que tienen diferentes niveles salariales, los montos de los aportes y contribuciones, y por lo tanto los ingresos y recursos, son diferentes como lo son también las posibilidades de coberturas. El sistema era así igual y solidario dentro del grupo que forma la obra social, pero desigual y no solidario entre las diferentes obras sociales.

El tercer problema fue (y es) la falta de articulación entre el sector público y el de las obras sociales, ya sea en la adecuación de las políticas de prestaciones de estas últimas a las políticas de salud pública del estado o sea en la integración de los efectores del estado como prestadores de las obras sociales. Esta doble falla en la articulación sectorial constituyó el mayor problema del sistema de salud de Argentina porque ha consolidado dos sectores desvinculados entre sí, con leyes y dinámicas propias que se superponen en objetivos y acciones y mantienen dos fuentes de financiación diferentes que, al estar desarticuladas, muchas veces son causa de sobre inversión con subutilización de recursos y duplicación del gasto.

Un cuarto problema fue (y es) la absoluta centralización de un sistema que pretende conducir a distancia y que toma decisiones lejos de donde se brindan los servicios y se producen los problemas, sin tener

conocimiento de los actores, las circunstancias y las particularidades del lugar. Sumado a este absurdo, la falta de delegación de funciones y autoridad en un responsable político institucional del gobierno provincial, ha constituido el mayor obstáculo para la articulación de los tres subsectores, para instituir mecanismos de evaluación y control de las prestaciones de salud y para garantizar el funcionamiento de la red de servicios. El INOS primero, luego la ANSSAL y ahora la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) han fracasado en la conducción del sistema debido, fundamentalmente, a que esta centralización hace imposible que asuman las tareas que deberían cumplir.

Un quinto problema fue (y es) el de los costos crecientes en salud, que crecen por encima del crecimiento del PBI y que afectan a todos los países del mundo. Esto obligará a prever recursos de rentas generales ante la insuficiencia de los aportes y contribuciones sobre el salario como única fuente de recaudación. Como contracara, será imperativa una mayor racionalidad y eficiencia en el uso de los recursos. Este último requisito es particularmente difícil de cumplir en nuestro caso y en las actuales condiciones, porque los problemas de centralización que hemos señalado y las presiones político-gremiales, impiden evaluar y controlar el funcionamiento del sistema de salud.

El último de los problemas estructurales fue y es la incapacidad para abordar el problema de los precios de los medicamentos, absolutamente fuera de control, y que insumen cada vez mayores porcentuales de los gastos totales de la atención de la salud.

Ya no estructurales, sino expresión de la manifiesta incapacidad de los órganos de conducción, los principales problemas han sido:

Un sistema orientado casi exclusivamente a la atención de la enfermedad y que, por lo tanto, no incorporaba eficientemente programas de promoción, educación y prevención de la salud.

Haber priorizado las normas y controles referidos a los aspectos económicos (tampoco asumidos eficientemente) por sobre los destinados a asegurar la calidad de la atención.

No haber implementado sistemas idóneos de registros médicos, de estadísticas, de información y evaluación, y controles uniformes y eficientes para todos los prestadores y todas las obras sociales, lo que conspiró contra una mejor conducción y una mayor transparencia en el sistema.

No haber implantado en acuerdo con las autoridades de salud pública, normas de acreditación, certificación y recertificación de los prestadores, a fin de garantizar la calidad de la oferta de servicios.

Además, y como culpas atribuibles a los actores, por el lado de los prestadores se dieron prácticas como el cobro por encima del arancel, la sobre prestación (en el caso del pago por prestación) y la sub prestación (en pago por cartera fija o capitada). Por el lado de las obras sociales, la violación de las normas contractuales referidas al pago de las prestaciones y la realización de contratos cerrados con determinados prestadores, fueron causa de tensiones y conflictos que en momentos de crisis llegaron a comprometer la viabilidad de este modelo de atención.

La ley 23.661 del gobierno del Dr. Alfonsín, elevada y expuesta en el parlamento por el Dr. Conrado Storani en 1987, tenía por objeto la creación de un Seguro Nacional de Salud que, incluyendo la obras sociales como agentes del seguro, superaba el sistema existente, universalizando la cobertura y corrigiendo muchos de los problemas señalados.

A pesar de no haber sido derogada, nunca fue debidamente reglamentada para su puesta en plena vigencia y, por el contrario, se vio violada y completamente desvirtuada por los decretos que caracterizaron al segundo período.

La ignorancia intencionada de la ley desde el inicio de los años 90 hasta ahora, ha significado, no solo la destrucción de aquella experiencia prestadora de las obras sociales en el primer período sino que, incluso, ha servido de excusa para su apresurada condena y la decisión de reemplazarla por una propuesta de desregulación basada en los mecanismos de mercado.

Un repaso breve de lo ocurrido en la década de los noventa es imprescindible para comprender el estado actual del sistema y prever las acciones necesarias para corregirlo.

Sin duda la aceleración del proceso inflacionario primero y las hiperinflaciones del 89 y el 91 después, desarticulaban un sistema que, si bien se había adaptado a la inestabilidad de precios mediante la indexación, no pudo seguir haciéndolo ante su descontrolada aceleración.

Entre otros efectos, la imposibilidad de tener aranceles válidos, eliminó uno de los elementos fundamentales de la relación entre las obras sociales y los prestadores y elevó el nivel de los conflictos hasta el punto que la violación recíproca de los contratos se transformó en norma. Carente de reglas de juego, el sistema no podía funcionar.

Así, la modalidad de atención que se basaba en contratos entre las obras sociales y las instituciones gremiales de profesionales y la de

Clínica y Sanatorios, perdió importancia desde el punto de vista cuantitativo en el modelo de atención y pasó a tener un rol cada vez más residual. Además, en las relaciones con los prestadores desapareció la concertación y, en consecuencia, aranceles y normas se rigieron por el resultado de la relación de fuerzas imperantes entre prestatarios y prestadores en cada momento y en cada caso particular, en un marco general de neto predominio de las obras sociales. El resultado fue el comienzo de la destrucción del régimen existente debido a su inevitable atomización: diferentes tipos de contratación, diferentes aranceles, diferentes coberturas de prestaciones y diferentes normas operativas hicieron de cada obra social una unidad independiente con sus propias modalidades asistenciales, lo que implicó la desaparición de la igualdad en el acceso y en la cobertura prestacional de los beneficiarios de las distintas obras sociales.

Recuperada la estabilidad con la ley de convertibilidad, el sistema podría haberse normalizado, retomando lo positivo de su anterior funcionamiento y, finalmente, mejorarlo notablemente con solo haber reglamentado la ley 23.661 para poder instrumentar lo que ésta prescribía. Sin embargo, en contra de toda expectativa racional, el gobierno del Dr. Carlos Menen, no solo no aplicó la ley durante tres años, sino que, a partir de dos decretos, el N°9 y el N°576 de 1.993, pretendidamente regulatorios de la leyes 23.661 del seguro de salud y la 23.660 de obras sociales, violó el espíritu y el texto de ambas leyes. De este modo se impidió avanzar en la construcción del seguro de salud previsto en la ley y se provocó una degradación aún mayor del sistema.

La primera desregulación prevista en los decretos estuvo referida a la relación obra social-beneficiario, y la segunda a la relación de la obra social con los prestadores.

Con respecto a la primera desregulación, se estableció que los beneficiarios de las Obras Sociales tienen libre elección de su Obra Social y por lo tanto los aportes y contribuciones que, por imperativo legal se efectúan sobre la base de la remuneración del trabajador al Seguro de Salud, le pertenecen y puede disponer de ellos para la libre elección del agente del seguro (obra social) pues constituyen un salario diferido y solidario. También establecía que los trabajadores y empleadores de manera individual o colectiva podrán pactar entre sí, o con el agente del seguro que elija, un aporte adicional.

La posibilidad de cambiar de obra social llevándose los aportes y contribuciones, rompe con el principio solidario entre los integrantes de una misma obra social, es decir con los compañeros de la misma rama de la estructura productiva que le dio origen. En efecto, el fundamento de un sistema solidario en los seguros sociales es que cada uno aporta según sus ingresos para cubrir de manera igualitaria los

eventuales riesgos. Si aquellos que por tener mayores ingresos se llevan sus aportes y contribuciones para obtener mejores servicios, rompen este principio solidario y, lo que es grave desde el punto de vista práctico, desfinancian a los que quedan que, al ser privados de sus mayores aportantes, deberán disminuir la cobertura y la calidad de las prestaciones.

El segundo tipo de desregulación es el referido a las relaciones de la obra social con los prestadores. A ese efecto se prohibió a los agentes del seguro contratar con organizaciones que agrupen a los prestadores ya sean profesionales o clínicas, sanatorios y hospitales privados. Esta disposición fue derogada mediante una resolución del ministro Giner Gonzales García en 2005 cuando ya era demasiado tarde (doce años después) porque aquellas organizaciones de prestadores habían perdido vigencia y poder, y el modelo del período inicial -1970/1990-, había sido destruido. También se suprimieron las Comisiones de Concertación entre los prestadores y el órgano de conducción del sistema, se eliminaron las normas que regulen aranceles, las normas sobre modalidades de contratación, nomencladores, valores retributivos de la ley 23.661 pasaron a ser indicativos pero no obligatorios.

Lo que sucedió fue que el sistema generó una asimetría de poder contractual entre la demanda consolidada de las obras sociales y la atomización de la oferta de los prestadores, que permitió, a aquellas, imponer sus valores y condiciones como si se tratara de un verdadero monopsonio.

Era como si, en los hechos, en una economía moderna, se anularan los sindicatos y las convenciones colectivas de trabajo y se volviera al concepto de éste como mercancía.

Las consecuencias de esta desregulación fueron desoladoras. Lo primero que ocurrió fue la desarticulación del modelo prestador existente, que había sido creado en gran parte mediante las normas que regulaban las relaciones entre prestadores y obras sociales, los requisitos que ambos debían cumplir y las reglas de su desempeño. En lugar de estas normas solo existe ahora un Programa Médico Obligatorio que es un simple listado de afecciones y prácticas que las obras sociales y las empresas de medicina prepaga tendrían que cubrir en los contratos con los prestadores, sin que éstos estén sujetos a reglas para su realización, sin establecer las condiciones a cumplir por la red de servicios y sin aranceles.

Sin normas y mecanismos eficientes para la regulación y control del sistema, cada obra social se ha transformado en una forma particular de cobertura que nadie controla y que, junto a las otras, configuran un mosaico asistencial absolutamente diverso cuyos elementos (obras

sociales) se encuentran funcionalmente aislados en lo que constituye la antítesis de un sistema.

Esto es la negación de un modelo prestador integral y articulado y el establecimiento de la anarquía prestacional. En estas condiciones, desaparecen como principios fundacionales del régimen de obras sociales: la igualdad en el acceso a toda la red de prestadores por todos los beneficiarios del seguro e igualdad e integralidad de la cobertura de prestaciones para todos ellos.

Además el hecho de que cada obra social contrate por separado con cada prestador sin ningún tipo de norma tiene como consecuencia que estos contratos y su funcionamiento sean absolutamente imposibles de controlar. Si eran difícil de controlar a nivel central por la Superintendencia de Servicios de Salud los aspectos administrativos y contables de las obras sociales, es ahora imposible controlar los contratos que, dispersos en 23 provincias, realizan 290 obras sociales con más de 100.000 posibles prestadores. Y, mucho más imposible aún, controlar las prestaciones que brindan, como las brindan y cuál es su nivel de calidad.

En el orden económico, la imposibilidad de controlar tal número de contratos crea un ámbito opaco que abre las puertas a la corrupción ya que, entre otras cosas, permite la canalización forzada de la demanda hacia determinados prestadores y la tercerización de la administración de estos contratos.

En resumen, la consecuencia de estas desregulaciones que transforman las obras sociales en unidades aisladas sin mecanismos de control sobre los contratos que realizan y las prestaciones que brindan, así como sobre el ámbito, opaco y a la vez propicio a la corrupción, que se genera, han terminado provocando un verdadera desarticulación y degradación de los servicios que compromete la atención de la salud de los afiliados, que permanecen forzosamente ajenos e impotentes frente al uso irracional que se hace de sus recursos y necesidades.

Todo está sumido en un clima de desprestigio y resignación en el que los beneficiarios aceptan lo que se les da porque es lo único que tienen y porque, en este sistema sin participación ni control de los usuarios, el Estado se declara ausente y reniega de su responsabilidad de protegerlos. Carecen entonces, tanto de capacidad de reclamo como de donde ir a ejercerla con eficiencia.

Resulta entonces importante, a los fines de fundamentar la posición desde donde se plantea el presente proyecto de ley, algunos aspectos esenciales para comprender su filosofía.

Cómo se concibe el estado y cuáles son los valores que se consideren pilares para la estructuración social definirán la forma en que los miembros de esa sociedad se interrelacionen entre sí.

En orden a los valores, lo que fundamenta este enfoque socio político solidario, es el reconocimiento del otro como prójimo, como semejante en el cual me reconozco y a través del cual me identifico e individualizo. Mi igual al que debo reconocer los mismos derechos.

Bajo nuestra concepción, el hombre, todos los hombres, constituyen la razón de la sociedad y el estado, y su dignidad es un atributo inalienable de su condición humana, porque, a partir de allí, sigue el reconocimiento de la libertad y la igualdad como constituyentes esenciales de la dignidad humana.

La vida del hombre se realiza en condiciones diferentes y no perfectas y sin los límites que imponen la libertad y la igualdad, triunfa la fuerza del poder tendiendo cada uno a usar al máximo los medios a su disposición para imponer su propio interés u opinión sin consideración al derecho de los otros.

Las cuestiones de la sociedad deben ser consideradas, también y fundamentalmente, en términos de derecho y ética, porque es el único camino para encuadrar los intereses particulares en una coherente visión del bien común. Este no es la mera suma de intereses particulares, sino el resultado de la evaluación y articulación de estos intereses, hechos en base a una jerarquía equilibrada de valores y, en última instancia, en base a una correcta comprensión de la dignidad y derechos de las personas.

Es decir, que el bien común, implica el respeto y la posibilidad de efectivizar la dignidad y derechos de las personas.

Un desarrollo ético, es aquel en que la acumulación de capital y las inversiones para acrecentar y diversificar la producción de bienes y servicios se llevan a cabo sin menoscabo de las condiciones sociales, políticas y económicas que aseguran la libertad y la igualdad de oportunidades.

Las utopías no se concretan nunca pero dan direccionalidad a las acciones de los hombres y corrigen los efectos nocivos de los procesos.

Individuo y sociedad pasan, en este enfoque, a constituir una diada en la que mutuamente se sostienen y se condicionan: la sociedad de la cual el individuo se nutre y a la que, a la vez, contribuye a construir interactuando con otros individuos.

Por lo tanto, el individuo como fundamento y origen de la sociedad, y la sociedad como marco obligado para su realización personal, exigen la mutua aceptación de las recíprocas responsabilidades de la sociedad por el individuo y de éste por la sociedad.

Por su naturaleza, el estado es responsable y custodio de los derechos sociales debiendo, a ese efecto, proveer los recursos necesarios y crear los organismos específicos para garantizarlos. Se reserva, como competencias indelegables, la fijación de las políticas pertinentes y la conducción general y gobierno del sistema, aunque no necesariamente la provisión de los servicios y su administración.

La sociedad por su parte, debe asumir que todos estos derechos sociales se basan en la realización de un esfuerzo colectivo para atender necesidades individuales y que por lo tanto implican aceptar la solidaridad y la cooperación como valores fundacionales de su estructuración y funcionamiento.

Es en este marco es que se lleva a cabo este proyecto de ley, bajo una idea solidaria y cooperativa entre ciudadanos y en donde la salud se concibe de manera distinta a la sola ausencia de enfermedades.

En una versión restringida, definimos el derecho a la salud como el acceso igualitario y gratuito a todas las posibilidades de estudio, tratamiento y rehabilitación disponibles dado el nivel de conocimientos y recursos existentes en un momento y lugar determinado. Además, es el derecho a que se realicen en la comunidad todas las acciones de promoción, educación y prevención con el fin de neutralizar todo agente etiológico que pueda ser controlado antes de afectar a los individuos: desde virus, bacterias y desnutrición (vacunas, agua potable, cloacas, saneamiento ambiental, programas nutricionales), pasando por autoagresiones por falta de información (dieta, sedentarismo, tabaquismo etc.) hasta los accidentes de todo tipo.

En un enfoque más amplio, se plantea como el derecho de cada uno a gozar de la condición de bienestar físico, psíquico y social en que pueda desarrollar todas las potencialidades de su constitución genética.

Es decir que el derecho a la salud exige también asegurar a las personas los recursos económicos y condiciones ambientales y sociales que permitan su realización personal y su desarrollo equilibrado con el entorno. Así visto, sobrepasa el ámbito de la política de salud, para adentrarse en los condicionamientos y oportunidades del modelo económico, social y político en que esta se enmarca y el sistema de valores que lo fundamenta.

Entrando en la explicación del proyecto, destacamos que se crea un Sistema Federal Integrado de Salud, declarándose de interés público.

El sistema se estructura bajo los principios de federalización, universalización de la cobertura, integración de los prestadores, y financiamiento solidario.

Son beneficiarios del Sistema todos aquellos sujetos que sean residentes en la República Argentina. Así quedan comprendidos aquellos sujetos que por su relación laboral son alcanzados por alguna obra social, jubilados y demás sujetos que a la fecha de la presente ley carezcan de cobertura.

Para atender a estos últimos se crean Agentes Provinciales del Sistema, que serán financiados en partes iguales por el Estado Provincial y Nacional.

Quienes no residan en la Argentina podrán acceder al Sistema abonando el valor de las prestaciones.

Se crean dos entes como autoridad de aplicación que resultan esenciales para la administración del sistema.

La Agencia Federal del Sistema de Salud, con autarquía administrativa, económica y financiera como organismo nacional rector del sistema que tiene a su cargo, entre otras importantes funciones, el control de los Agentes del Sistema, el Registro de estos Agentes y la elaboración del Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas en conjunto con el Ministerio de Salud de la Nación.

En el orden Provincial se establece que cada Provincia que adhiera al Sistema deberá crear en el ámbito de su jurisdicción un Consejo Provincial de Salud integrado por representantes de los distintos sectores que conforman la Salud.

El Consejo entre sus funciones esenciales debe intermediar entre los prestadores y los agentes del sistema, controlar la calidad de las prestaciones y elaborar el Nomenclador Provincial de Prestaciones Médicas.

Son agentes del sistema principalmente las obras sociales reguladas por la ley 23.660. Asimismo podrán operar como agentes todos aquellos sujetos que cumpliendo con los requisitos establecidos por la autoridad nacional de aplicación se inscriban en el Registro llevado al efecto.

La cobertura prestacional de los beneficiarios del sistema se realiza a través de un modelo prestador unificado e integrado que garantiza el libre acceso y elección del prestador y el pago por prestación.

De esta manera y a través de la confección de un nomenclador que establezca los alcances de la cobertura y los valores de la misma, los sujetos pueden acceder a los diversos prestadores del sistema con un instrumento identificatorio único.

Luego y una vez realizada la prestación, el prestador percibe del agente al que el beneficiario se encuentra afiliado el valor de la prestación conforme al nomenclador.

El financiamiento del sistema se realiza esencialmente a través de los aportes y contribuciones establecidos en la ley 23.660 y a través de los presupuestos provinciales y nacionales.

Se crea con el ochenta y cinco por ciento del producido de los aportes y contribuciones un Fondo Único de financiación administrado por la Administración Federal de Ingresos Públicos.

El referido fondo, a los fines de asegurar el financiamiento solidario, se distribuirá entre los agentes del sistema un monto que surja de multiplicar su número de afiliados por la cuota parte solidaria.

La cuota parte solidaria es el resultado de dividir el monto total del Fondo por el número total de aportantes.

Los beneficiarios no alcanzados por los agentes del sistema quedan incluidos a través del Agente Provincial del Sistema que cada Provincia deberá crear en el ámbito de su jurisdicción.

El Agente Provincial del Sistema deberá contar con los fondos suficientes para asegurar a sus beneficiarios la cobertura del Sistema en cuanto agente del sistema.

Sus recursos serán aportados en un cincuenta por ciento (50%) por el Estado Provincial y en un cincuenta por ciento (50%) por el Estado Nacional.

Para dotar de recursos a los Agentes Provinciales del Sistema los presupuestos nacionales y provinciales deberán tomar como base de cálculo el resultado que surja de multiplicar el valor de la cuota parte solidaria por el número de beneficiarios no cubiertos en cada jurisdicción.

El sistema creado, para operar eficientemente debe contar con la adhesión de todas las Provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en las condiciones establecidas en la ley.

No obstante, la falta de adhesión no obstaculizará el funcionamiento del sistema, asumiendo a tal efecto la Agencia Federal del Sistema de Salud las funciones de los Consejos Provinciales, hasta tanto la adhesión se realice.

Por último el proyecto realiza las modificaciones a la ley 23.660 que resultan necesarias para la vigencia del sistema.

Asimismo se deroga la ley 23.661 y sendos decretos posteriores reglamentarios de la misma.

Señor Presidente, para avanzar en la protección de los derechos sociales mencionados más arriba, y en especial en lo referente a brindar mayores posibilidades de desarrollo físico, mental y social a todos los habitantes de la República Argentina sin discriminación social, económica, cultural o geográfica es que se solicita a este Honorable Cuerpo la pronta sanción del proyecto.

Laura G. Montero.-