

PROYECTO DE LEY SISTEMA INTEGRADO Y NACIONAL DE SALUD ARGENTINO

Autor: Mgter. Lucas Gómez Portillo

Enero 2021

<https://nosconstitucional.com.ar/>

tel. 2615872727

TITULO I

Sistema Integrado y Nacional de Salud Argentino¹

¹ Existen diversos argumentos constitucionales de peso para validar la intervención profunda del Gobierno Nacional en la política de salud:

- 1) Art. 75 inc. 18, 19, 22, 23 CN 56/94. La Salud si bien está vinculada al consumo en el art. 42 desde el '94 puede considerarse comprendido en las referencias al rol del Congreso en los inc. 18, 19 y 23 porque necesariamente implica el desarrollo de la población y es factor de justicia social, sobre todo considerando que en el 23 le pone la obligación al congreso de avanzar con medidas que garantice la igualdad de oportunidades y el pleno goce y ejercicio de los derechos.
- 2) En particular el inc. 22 del 75 incluye el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales con jerarquía constitucional, el cual en su art. 12 que: *"1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad."*
- 3) Adoptando la interpretación más extendida debe incorporarse a la jerarquía constitucional de dicho artículo su interpretación por parte del Comité del Pacto que en el 2000 dictó la Observación n° 14 y que en diversos apartados apoya la idea de un control férreo del sistema por su parte, y le impone fuertes obligaciones que sin dudas tornan obligatorio que asuma un rol de rectoría y de control mucho mayor al que tiene el Estado actualmente. En particular transcribimos el punto 56: *"Los Estados deben considerar **la posibilidad de adoptar una ley marco para dar efectividad a su derecho a una estrategia nacional de salud. La ley marco debe establecer mecanismos nacionales de vigilancia de la aplicación de las estrategias y planes de acción nacionales de salud. Esa ley deberá contener disposiciones***

CAPÍTULO I

Aspectos Generales

ARTÍCULO 1 — Créase el Sistema Integrado y Nacional de Salud Argentino (SINSA) como garante del Derecho a la Salud de toda la población, regulando la presente ley todos los mecanismos de financiamiento, prestaciones y de contratación de todo el sistema de salud, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, calidad, integración, inclusión, eficiencia, eficacia y

*sobre los objetivos que deban alcanzarse y los plazos necesarios para ello; los medios que permitan establecer las cotas de referencia del derecho a la salud; la proyectada cooperación con la sociedad civil, incluidos los expertos en salud, el sector privado y las organizaciones internacionales; la responsabilidad institucional por la ejecución de la estrategia y el plan de acción nacionales del derecho a la salud; y los posibles procedimientos de apelación. Al vigilar el proceso conducente al ejercicio del derecho a la salud, **los Estados Partes deben identificar los factores y las dificultades que afectan al cumplimiento de sus obligaciones.***”

4) No debe tampoco descuidarse que el proceso constitucional argentino presenta una necesidad de integrar la Constitución Nacional de 1949, en tanto reforma legítima y legal y parcialmente vigente (por lo menos en sus principios generales), la cual establece fuertes obligaciones al estado nacional sobre la regulación de la Salud. Se recuerda que el punto 5 del art. 37 de los derechos especiales, referidos a los trabajadores el Derecho a la preservación de la salud: *“El cuidado de la salud física y moral de los individuos debe ser una preocupación primordial y constante de la sociedad, a la que corresponde velar para que el régimen de trabajo reúna requisitos adecuados de higiene y seguridad, no exceda las posibilidades normales del esfuerzo y posibilite la debida oportunidad de recuperación por el reposo”*. Lo mismo proponía para la ancianidad. **En las atribuciones del Congreso le incluía la sanción del código Sanitario, y de proveer lo conducente a la salud pública** y asistencia social, procurando la creación de nuevos centros poblados con las tierras, aguas y servicios públicos que sean necesarios para asegurar la salud y el bienestar social de sus habitantes. Por otra parte se pone como cartera esencial el de Salud Pública. No es ocioso recordar que la salud como tal (y mucho menos la salud pública) no formó parte de la Constitución nacional del siglo XIX hasta ese momento vigente, ni incluía dentro de los ministerios del Ejecutivo dicha cartera.

5) Debe descartarse, por todo lo dicho, la excusa de que “la salud” es una atribución exclusivamente provincial (Argumento que sólo busca impedir la regulación del sistema y atomizar los mecanismos de control y regulación, amigo de la concentración del mercado y la transformación del Derecho a la Salud en mera mercancía). El Estado Nacional es el principal responsable de garantizar el Derecho a la Salud, lo cual no puede ser considerado una competencia exclusiva de las Provincias, en el mejor de los casos se trata de una competencia concurrente de Nación y Provincias. El Estado Nacional tiene plenas competencias para regular y ordenar el sistema de salud, no existiendo impedimentos constitucionales para ello, sobre todo considerando la Constitución de 1949 y **la responsabilidad internacional exclusiva y excluyente del Estado Nacional** ante la afectación al Derecho a la Salud. Sobre este punto se puede efectuar un desarrollo extenso.

sustentabilidad, conforme un principio de progresividad y no regresividad. El sistema es público y tiene como principal responsable al Estado Nacional Argentino, pudiendo ser de gestión estatal, de gestión privada sin fines de lucro o de gestión privada con fines de lucro, según lo dispone esta Ley.

ARTÍCULO 2 — Objetivos: El SINSA tendrá como objetivos primordiales²:

- 1) El financiamiento y sostenibilidad del sistema de prevención y atención primaria, incluyendo el acceso adecuado a la medicación esencial, el diagnóstico y los tratamientos que se requieran para el tratamiento, la cura y la rehabilitación.
- 2) La construcción de una red sanitaria federal donde se integren todos los financiadores y prestadores, compartiendo información y recursos de manera eficiente y efectiva, y se organicen adecuadamente los diversos niveles de complejidad.
- 3) El uso razonable, eficiente, efectivo y adecuado de los tratamientos o medicamentos de alto costo, así como su acceso equitativo por parte de toda la población.
- 4) La mejora progresiva de todos los indicadores sanitarios globales.

ARTÍCULO 3 — Definiciones. A los efectos de esta Ley se entiende por:

- a) **Financiamiento:** Todo mecanismo que implique la acumulación y/o gestión de recursos económicos para aplicar al pago de prestaciones de salud.
- b) **Prestaciones:** Todo servicio o bien que brinda el SINSA a los usuarios y usuarias del mismo con una finalidad en la prevención, cuidado, cura o rehabilitación de su salud.
- c) **Contratación:** Los procedimientos a través de los cuales se adquieren bienes o se ponen a disposición bienes a los usuarios y usuarias para la prevención, cuidado, cura o rehabilitación de su salud, así como la contratación de personal de salud, conforme los regímenes legales aplicables a cada persona contratante y contratada.
- d) **Disponibilidad:** La disponibilidad implica que el SINSA cuente con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de

²Se anticipa que la propuesta que se efectúa tiene, por lo menos, cuatro grandes ejes: 1) El control de la información y la auditoría de cercanía, 2) La fijación de Metas sanitarias, 3) La concentración parcial y particionada del financiamiento y 4) Los mecanismos de Sanción e Incentivo. Ya se irán desarrollando los mismos.

salud y centros de atención de la salud, así como de programas, incluyendo condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado, así como los medicamentos esenciales para la más plena salud psíquica y física de cada persona usuaria del sistema.

e) Accesibilidad: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos y todas, sin discriminación alguna, según corresponda a cada sistema de gestión. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

-No discriminación: El Estado, en la regulación del SINSA, y cada sistema de gestión en la medida en que corresponda a su población a cargo, tiene que garantizar que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna.

-Accesibilidad física: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con enfermedades crónicas. La accesibilidad también implica que los servicios de salud esenciales y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

-Accesibilidad económica (asequibilidad): Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben estar al alcance de todas y todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deben basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean de gestión pública o privada, estén al alcance de todos y todas, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

-Acceso a la información: Ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud, tanto para el sistema de gestión pública como de gestión privada. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

-Aceptabilidad: Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías vulnerabilizadas, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deben estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

- f) Calidad:** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.
- g) Integración:** La integración se entiende como el avance progresivo y no regresivo hacia una articulación y complementación de todas las partes que conforman el SINSA en busca de la equidad y calidad prestacional.
- h) Inclusión:** La inclusión exige el mayor esfuerzo de todos los operadores del sistema en equilibrar el sistema buscando la incorporación de la cada vez mayor cantidad de individuos posibles a la atención de calidad, lo cual incluye la atención en los mismos establecimientos de todas y todos con el mismo personal de salud sin importar su capacidad económica y condición social.
- i) Eficiencia:** La eficiencia en los términos de esta Ley no sólo hace referencia al adecuado y oportuno uso de recursos económicos para lograr el resultado económico del sistema en condiciones de sustentabilidad y continuidad prestacional, sino de la evaluación de los mecanismos que tiendan a la disponibilidad, accesibilidad, integración e inclusión según lo entiende esta norma. Asimismo dentro de la eficiencia queda comprendida la obligación de cada parte del sistema de asegurar mecanismos de compensación automática de gastos que efectúen otros prestadores o financiadores, evitando asimetrías y problemas de gestión

por traslado de costos de una parte a otra del sistema en perjuicio de los demás operadores.

- j) Eficacia:** La eficacia a los fines de esta Ley no sólo se refiere a la consecución de fines sanitarios, sociales y económicos que se definen como prioritarios sino a la exigibilidad a todos los operadores, gestores, financiadores y organismos de control del sistema de establecer objetivos y propósitos sanitarios, sociales, económicos y prestacionales, medibles y analizables basados en la transparencia y publicidad de la información a la que cada uno tiene acceso, sin perjuicio de las condiciones de confidencialidad de la información de cada usuario o usuaria.
- k) Sustentabilidad:** La sustentabilidad es la existencia de mecanismos de financiamiento, contratación, prestación y gestión que tiendan a asegurar la existencia y continuidad del propio SINSA y de cada subsistema de gestión, así como de toda la gestión estatal, de los demás actores económicos y sociales de la Nación, incluyendo los aspectos económicos, sociales y ambientales, mejorando la calidad de vida de la población. Dichos mecanismos que resulten en la sostenibilidad del sistema y de los demás subsistemas deben ser medibles y analizables, con base en la transparencia y publicidad de la información a la que cada operador tiene acceso, sin perjuicio de las condiciones de confidencialidad de la información de cada usuario o usuaria.
- l) Equipo de salud:** El equipo de salud se conforma, como mínimo, por un médico/a, una psicóloga/o, un agente sanitario y una o un enfermero.
- m) Equipo de Rehabilitación:** El equipo de rehabilitación se conforma, como mínimo, por un médico fisioterapeuta, un/a enfermero/, y dos kinesiólogos/as como mínimo.
- n) Prestación de Salud:** Todo servicio, tratamiento, estudio, medicamentos, atención, o acceso a bienes vinculados con la salud que un usuario o paciente recibe o pretende recibir para asegurar la prevención de enfermedades, su tratamiento, cura o rehabilitación, en el sentido más amplio posible
- o) Financiadores de salud:** Toda persona pública o privada que en forma total o parcial intermedia entre el usuario de una prestación de salud y el prestador efectivo administrando recursos comunes conformados por aportes realizados por cada usuario, lo cual permite cubrir prestaciones con esa caja común.
- p) Prestadores de salud:** Toda persona que brinda servicios, tratamientos, estudios, medicamentos, atenciones, o vende bienes vinculados con la

salud destinado al consumo por parte de usuarios o pacientes, que tienen como objetivo la prevención de enfermedades, su tratamiento, cura o rehabilitación, en el sentido más amplio posible.

ARTÍCULO 4 — Entidades comprendidas. Esta Ley resulta aplicable a toda persona, de derecho público o privado, que actúe como prestador o financiador de servicios de salud a la población, quedando especialmente sujetas a este régimen las entidades reguladas por leyes N° 19.032, 23.660, 26.682, 23.661, 24.557 y resolución n° 1862/2011 del Ministerio de Salud de la Nación Argentina, no resultando excluyente esta mención.

ARTÍCULO 5 —Orden Público. La presente Ley es de orden público y de aplicación obligatoria en todo el territorio de la República Argentina.

ARTÍCULO 6 — Garantía mínima. El Estado nacional garantiza a los afiliados, beneficiarios y usuarios del sistema de salud la percepción de iguales o mejores prestaciones y servicios que los que gozan a la fecha de la entrada en vigencia de la presente ley.

CAPÍTULO II

Autoridad de Aplicación³

ARTÍCULO 7 — Creación. Créase la Autoridad Nacional del Sistema Integrado y Nacional de Salud como organismo descentralizado y autárquico con autonomía funcional y financiera en el ámbito del Ministerio de Salud con el fin de aplicar y controlar el cumplimiento de esta ley.

La Autoridad Nacional del Sistema Integrado y Nacional de Salud tendrá plena capacidad jurídica para actuar en los ámbitos del derecho público y privado y su patrimonio estará constituido por los bienes que se le transfieran y los que adquiera en el futuro por cualquier título.

Tendrá su sede en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires pero podrá actuar, constituirse y sesionar en cualquier lugar del territorio nacional mediante delegados que designe.

³ La idea es crear un gran organismo de control y gestión, atento el nivel de dispersión que la fragmentación actual genera y los gigantescos intereses económicos que hay en juego, tanto de raíz local como internacional. Si no se establece un mecanismo potente y con poder suficiente la regulación del sistema tal y como hoy se encuentra es imposible pensar en siquiera incidir sobre el sistema. En buena medida esta centralización del poder de control y de gestión de parte de los recursos del sistema puede ser beneficiosa para muchos de los operadores del sistema que se embarran en una gestión antieconómica fruto del desorden, impactando muchas veces en su propia sustentabilidad económica.

A los efectos de la presente ley, la Autoridad Nacional del Sistema Integrado y Nacional de Salud estará compuesto por el presidente/a y 3 vocales del Sistema Integrado y Nacional de Salud.

El Presidente la Autoridad Nacional del Sistema Integrado y Nacional de Salud ejercerá la presidencia, la representación legal y la función administrativa de la Autoridad Nacional en lo referido a la contrataciones de personal para la realización de trabajos específicos o extraordinarios que no puedan ser realizados por su planta permanente, fijando las condiciones de trabajo y su retribución. La Autoridad de Aplicación está dotada con el personal necesario para el cumplimiento de sus funciones, integrado preferentemente en las funciones técnicas por graduados universitarios en Medicina, Economistas, Derecho, Trabajo Social, Actuarios.

ARTÍCULO 8 — Requisitos. Los miembros de la Autoridad Nacional del Sistema Integrado y Nacional de Salud deberán reunir los siguientes requisitos:

- a) Contar con suficientes antecedentes e idoneidad en materia de gestión y desarrollo de políticas sanitarias y gozar de reconocida solvencia moral, todos ellos con más de cinco (5) años en el ejercicio de la profesión;
- b) Tener dedicación exclusiva durante su mandato, con excepción de la actividad docente y serán alcanzados por las incompatibilidades y obligaciones fijadas por la ley 25.188 de Ética Pública;
- c) No podrán desempeñarse o ser asociados de entidades privadas que intervengan en el ámbito de la salud mientras dure su mandato;
- d) Excusarse por las causas previstas en los incisos 1), 2), 3), 4), 5), 7), 8), 9) y 10) del artículo 17 del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación y en los casos en los que tengan o hayan tenido en los últimos tres (3) años una participación económica o relación de dependencia laboral en alguna de las personas jurídicas sobre las que deba resolver.

ARTÍCULO 9 — Miembros. El Poder Ejecutivo nacional designará a los miembros de la la Autoridad Nacional del Sistema Integrado y Nacional de Salud a propuesta del MINISTERIO DE SALUD⁴, los cuales deberán reunir condiciones de conducta, criterios de idoneidad técnica en la materia y demás requisitos exigidos en la presente ley para el presidente. La selección se realizará en el ámbito del Ministerio de Salud, en el marco de un procedimiento público,

⁴ Acá se puede establecer un procedimiento que requiera acuerdo del Senado

abierto y transparente que garantice condiciones de igualdad, diversidad de género de los candidatos y candidatas y su idoneidad.

Los candidatos o candidatas deberán presentar una declaración jurada con los bienes propios, los del cónyuge y/o de los convivientes, los que integren el patrimonio de la sociedad conyugal y demás previsiones del artículo 6° de la ley 25.188 de Ética en el Ejercicio de la Función Pública y su reglamentación. Además deberán adjuntar otra declaración en la que incluirán la nómina de las asociaciones civiles y sociedades comerciales que integren, o hayan integrado en los últimos cinco (5) años, la nómina de clientes o contratistas de los últimos cinco (5) años en el marco de lo permitido por las normas de ética profesional vigentes, las empresas de servicios de salud o de asesoramiento a los que pertenecieron según corresponda, y en general cualquier tipo de compromiso que pueda afectar la imparcialidad de su criterio por actividades propias, de su cónyuge, de sus ascendientes y descendientes en primer grado, con la finalidad de permitir la evaluación objetiva de la existencia de incompatibilidades o conflictos de intereses. La Oficina Anticorrupción deberá realizar un informe previo a la designación de los candidatos acerca de los conflictos de intereses actuales o potenciales que puedan surgir en virtud de la declaración mencionada en el párrafo anterior. Asimismo, se recabará a la ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS, preservando el secreto fiscal, informe relativo al cumplimiento de las obligaciones impositivas de las personas eventualmente propuestas.

El Poder Ejecutivo nacional podrá realizar designaciones en comisión durante el tiempo que insuma la sustanciación y resolución de las eventuales oposiciones que pudieren recibir los candidatos propuestos.-

ARTÍCULO 10 — Cualquiera de los miembros de la Autoridad Nacional del Sistema Integrado y Nacional de Salud cesará de pleno derecho en sus funciones de mediar alguna de las siguientes circunstancias:

- a) Renuncia;
- b) Vencimiento del mandato;
- c) Fallecimiento;
- d) Ser removidos en los términos del artículo 11.

Producida la vacancia, el Poder Ejecutivo nacional deberá dar inicio al procedimiento del artículo 20 de la presente ley en un plazo no mayor a treinta

(30) días. Con salvedad del caso contemplado en el inciso b) del presente artículo, el reemplazo durará en su cargo hasta completar el mandato del reemplazado.

ARTÍCULO 11 — Son causas de remoción de cualquiera de los miembros de la Autoridad Nacional del Sistema Integrado y Nacional de Salud:

- a) Mal desempeño en sus funciones;
- b) Negligencia reiterada que dilate la sustanciación de los procesos;
- c) Incapacidad sobreviniente;
- d) Condena por delito doloso;
- e) Violaciones de las normas sobre incompatibilidad;
- f) No excusarse en los presupuestos previstos en el artículo 19 inciso d) de la presente ley.

ARTÍCULO 12 — Será suspendido preventivamente y en forma inmediata en el ejercicio de sus funciones aquel miembro de la Autoridad Nacional de la Competencia sobre el que recaiga auto de procesamiento firme por delito doloso. Dicha suspensión se mantendrá hasta tanto se resuelva su situación procesal.

ARTÍCULO 13 — Observaciones. Los ciudadanos, las organizaciones no gubernamentales, los colegios y asociaciones profesionales y de defensa de consumidores y usuarios, las entidades académicas y de derechos humanos, podrán en el plazo de quince (15) días a contar desde la publicación estipulada en el artículo 21 de la presente ley, presentar ante el MINISTERIO DE SALUD, por escrito y de modo fundado y documentado, las observaciones que consideren de interés expresar respecto de los incluidos en el proceso de preselección. Sin perjuicio de las presentaciones que se realicen, en el mismo lapso podrá requerirse opinión fundada a organizaciones de la sociedad civil y a expertos, profesionales y académicos con reconocida trayectoria y prestigio en la materia.

ARTÍCULO 14 — Duración. Cada miembro de la Autoridad Nacional del Sistema Integrado y Nacional de Salud durará en el ejercicio de sus funciones cinco (5)

años y podrán ser reelegidos por única vez por los procedimientos establecidos en la presente ley.

Cualquiera de los miembros de la Autoridad Nacional del Sistema Integrado y Nacional de Salud podrá ser removido de su cargo por el Poder Ejecutivo nacional cuando mediaren las causales previstas bajo la presente ley, debiendo contar para ello con el previo dictamen no vinculante de una comisión ad hoc integrada por los presidentes de las comisiones de Acción Social y Salud de la Honorable Cámara de Diputados y de Salud del Honorable Senado de la Nación, y por los presidentes de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación y del Honorable Senado de la Nación. En caso de empate dentro de esta comisión ad hoc, desempatará el voto del presidente de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación.

ARTÍCULO 15 — Facultades. Son funciones y facultades la Autoridad Nacional del Sistema Integrado y Nacional de Salud:

- a) Imponer las sanciones establecidas en la presente ley.
- b) Fiscalizar el debido cumplimiento de las prestaciones y obligaciones de cobertura previstas en esta Ley y las demás leyes aplicables.
- c) Determinar los mínimos indispensables que todas las prestadoras de servicios de Salud deben cumplimentar.
- d) Realizar los estudios e investigaciones del sistema de salud y del mercado de salud que considere pertinentes. Para ello podrá requerir a los particulares y autoridades nacionales, provinciales o municipales, y a las asociaciones de defensa de los consumidores y de los usuarios, la documentación y colaboración que juzgue necesarias.
- e) Promover el estudio y la investigación en materia de salud.
- f) Analizar la capacidad de prestación, cobertura y financiamiento de los sujetos comprendidos en la presente ley con la posibilidad de exhortar a realizar las adecuaciones de infraestructura y servicios, para que el servicio mantenga los estándares de calidad, eficiencia y eficacia previstos en la presente ley.
- g) Evacuar las consultas o notificaciones que los juzgados realicen en el marco de acciones judiciales vinculadas con la salud.
- h) Emitir recomendaciones al Congreso de la Nación respecto a la inclusión de nuevas coberturas en el PMO, en particular cuando se estén tratando leyes que regulen alguna enfermedad.
- i) Elaborar su reglamento interno;

- j) Promover e instar acciones ante la Justicia, para lo cual otorgará poderes generales y especiales;
- k) Habilitar establecimientos para el uso sanitario, teniendo a su cargo la reglamentación de las condiciones de calidad, eficiencia y eficacia para todo el territorio nacional, debiendo contemplar las realidades y posibilidades de cada jurisdicción.
- l) Suspender los plazos procesales de la presente ley por resolución fundada;
- m) Suscribir convenios con organismos provinciales, municipales o con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para la habilitación de oficinas receptoras de denuncias en dichas jurisdicciones.
- n) Aprobar la estructura orgánica, escalafón del personal y la asignación de los recursos necesarios para el cumplimiento de los objetivos establecidos en la presente ley;
- o) Administrar los bienes que integren su patrimonio. Deberá elaborar el proyecto de su presupuesto y dirigirlo oportunamente al Ministerio de Salud de la Nación para su incorporación en el proyecto que se envíe al Congreso anualmente, conforme lo establecido por esta Ley.
- p) Determinar las metas sanitarias para todo el Sistema y para cada Subsistema de gestión a corto, mediano y largo plazo, garantizando el cumplimiento de las metas previstas en esta Ley.
- q) Crear, sostener y gestionar el Sistema Integrado y Centralizado de Gestión Sistema Integrado y Centralizado de Gestión conforme lo establece esta Ley. Podrá disponer sistemas de contratación y de trazabilidad regidos por Blockchain u otros destinados a la inalterabilidad y registración transparente.
- r) Llevar un Registro de enfermedades de alto costo /bajo impacto.
- s) Realizar las contrataciones centralizadas establecidas por esta ley de medicamentos, insumos y demás bienes y servicios necesarios para el sistema de Salud, y determinar Precios testigo en el sector. Promover convenios con y entre los operadores del sistema para que se realicen compras centralizadas a precios más bajos y convenientes
- t) Gestionar los Fondos específicos que establece esta Ley.
- u) Planificar y organizar el sistema de residencias y capacitaciones del personal técnico y profesional para todo el territorio nacional.
- v) Requerir a cualquier efector, prestador, financiador u operador del Sistema información referida a los aspectos contables, económicos,

prestacionales y de cualquier índole vinculada con el servicio a su cargo, estando obligados a brindar la misma en un plazo razonable.

- w) Mantener actualizado un registro de antecedentes personales sobre las condiciones de responsabilidad y seriedad de los fundadores, directores, consejeros, síndicos, liquidadores, gerentes, administradores, promotores y representantes de las empresas del subsistema de gestión privada.
- x) Promover el uso de telemedicina para la cobertura territorial de salud en forma integrada e inclusiva.
- y) Priorizar las compras de medicamentos en laboratorios públicos y articular una política nacional de medicamentos.
- z) Celebrar convenios y actuar de manera coordinada y articulada con los demás organismos públicos vinculados con la Salud o con temáticas vinculadas
- aa) Las demás que les confiera esta y otras leyes.

ARTÍCULO 16 — Presencia Territorial. La Autoridad de Aplicación deberá asegurar la presencia efectiva en cada provincia y CABA, empezando por usar la estructura e infraestructura de las delegaciones y demás programas que funcionen en cada provincia, y creando la estructura e invirtiendo para ello priorizando las provincias donde se registren peores índices sanitarios y haya mayor población, según la reglamentación lo determine. A tal efecto el Ministerio de Salud deberá estipular las reformas internas necesarias para asegurar la infraestructura y recursos humanos para que la Autoridad de Aplicación pueda cumplir sus funciones.

ARTÍCULO 17 — Incorporación de competencias. La Autoridad de Aplicación incorpora todas las competencias de los organismos que hasta la fecha de sanción de esta Ley ejerzan como organismos de regulación o control de jurisdicción nacional sobre el sistema sanitario.

CAPÍTULO III

Consejo Consultivo

ARTÍCULO 18 — Créase el Consejo Consultivo para la Integración del Sistema de Salud Nacional Argentino. Sus miembros son ad honorem.

ARTÍCULO 19 — Composición⁵. El Consejo Consultivo se compondrá por:

- a) El Ministro/a de Salud de la Nación, quien es presidente y tendrá a su cargo la convocatoria, cuya frecuencia no podrá ser menor a una vez al mes, y deben ser una vez en cada provincia o Ciudad Autónoma de Buenos Aires, pudiendo realizarse en forma on line no más de tres veces por año, salvo situación de emergencia que lo impida.
- b) Presidente/a comisión de Acción Social y Salud de la Cámara de Diputados de la Nación
- c) Presidente/a comisión de Salud de la Cámara de Senadores de la Nación
- d) Lo/as Secretarios/as del Ministerio de Salud de la Nación
- e) Los/as ministros/as de Salud o cargo equivalente de cada Provincia
- f) 3 Representantes de las organizaciones que nucleen a las pequeñas y medianas prepagas, según criterios que disponga la Autoridad de Aplicación
- g) 3 Representantes de las organizaciones que nucleen a las grandes prepagas, según criterios que disponga la Autoridad de Aplicación
- h) 3 Representantes de las organizaciones que nucleen a las pequeñas y medianas prestadoras, según criterios que disponga la Autoridad de Aplicación
- i) 3 Representantes de las organizaciones que nucleen a los usuarios del sistema, según criterios que disponga la Autoridad de Aplicación
- j) 3 Representantes de las organizaciones que nucleen a las obras sociales pequeñas y medianas s, según criterios que disponga la Autoridad de Aplicación
- k) 3 Representantes de las organizaciones que nucleen a las obras sociales pequeñas y medianas, según criterios que disponga la Autoridad de Aplicación

ARTÍCULO 20 — Funciones. El Consejo Consultivo tendrá como funciones:

- a) Dictar su reglamento, disponer su organización y elegir a sus autoridades.
- b) Conformar comisiones técnicas o especializadas para analizar temas específicos a fin de elaborar informes y propuestas a la Autoridad de Aplicación.

⁵La idea es aprovechar esa instancia para sentar a todos los jugadores del sistema, y especialmente a los usuarios, cumpliendo los requerimientos de la Observación 14 del Comité del PIDESC.

- c) Recibir informes de gestión y de evolución del sistema de salud de la Autoridad de Aplicación en forma semestral, en los cuales explique en forma clara y medible sobre los avances según los objetivos y metas establecidos en esta Ley. La presentación de este informe en la frecuencia indicada es obligatoria para la Autoridad de Aplicación. En dicho informe la Autoridad de Aplicación debe informar las pautas y métricas propuestas para el presupuesto por objetivos que propondrá al Congreso de la Nación para el ejercicio siguiente.
- d) Requerir informes a los diferentes organismos públicos y privados vinculados con el sistema de salud. La contestación de estos informes son obligatorio para dichas personas.

ARTÍCULO 21 — Publicidad. Las reuniones del Consejo Consultivo serán públicas, debiendo realizar su transmisión en forma on line y quedando registro de las mismas en forma audiovisual disponible en plataforma web accesible para cualquier persona. Toda la documentación generada por el Consejo y sus comisiones, incluyendo el informe que debe presentar la Autoridad de Aplicación según Artículo 20 inc. c, debe estar disponible para su acceso público en forma on line.

CAPÍTULO IV

Mecanismos de control

ARTÍCULO 22 — Mecanismos. Sin perjuicio de las disposiciones que dicte la Autoridad de Aplicación, las funciones de control que conserve esta de los organismos que absorba conforme esta ley y el régimen de sanciones, el SINSA contará con los siguientes mecanismos de control:

- 1) Sistema Integrado y Centralizado de Gestión Sanitaria
- 2) Cuerpo de auditores especializados

ARTÍCULO 23 — Sistema Integrado y Centralizado de Gestión.⁶ La Autoridad de Aplicación tendrá a su cargo el Sistema Integrado y Centralizado de Gestión Sanitaria donde unificará toda la información sanitaria de la República Argentina, incluyendo las variables financieras, económicas y prestacionales del sistema.

A tal fin se creará un sistema informático residente en una nube y servidores de propiedad del Estado de la Nación Argentina, asegurando su pleno dominio. Se podrán realizar los convenios necesarios para el debido cuidado y conservación de los mismos, siempre teniendo en cuenta la soberanía de los datos almacenados, debiendo asegurarse estándares y medidas de ciberseguridad y estabilidad adecuadas y del más alto nivel de protección de los datos que se incorporen a dicho sistema.

⁶ Este es el primer punto central sobre el que se articula toda la propuesta. Uno de los problemas más serios que tiene el sistema de salud actual es la falta de información centralizada debido a la enorme fragmentación que presenta el sistema, lo cual implica una imposibilidad insuperable de avanzar en cualquier mecanismo de control, tornado ilusoria cualquier pretensión al respecto, sobre todo considerando los enormes intereses que se encuentra en juego. Asimismo esto trae aparejado un segundo problema y es que todos los sistemas legalmente existentes hasta la fecha sólo conceden facultades a la administración para requerir información y auditar, pero este sistema lo que genera es que cada operador del sistema mantiene oculta la información sensible y a veces ilegal, contando con múltiples maniobras para evadir los controles o volver infructuosas las auditorías. Por ello la propuesta que hacemos implica cambiar el paradigma, entendiendo que, si el sistema es público, la información la tiene que concentrar la Autoridad de Aplicación y es ésta la que habilita a los operadores a ingresar al sistema, facilitando incluso el ejercicio del poder de policía y de sanción, que también hoy resulta casi inexistente. En ese sentido entendemos indispensable el uso de nuevas tecnologías, con un sistema interoperable por todos los que actúan en el sistema, usuarios inclusive, lo cual genera cargas permanentes que nutren de información el sistema y van ayudando al control en tiempo real, incluso pudiendo usar Inteligencia Artificial para tener alertas en caso de que se detecten patrones irregulares.

Proponemos que ese sistema incluya la Historia clínica digital y un sistema de órdenes médicas on line, formando una triada que mientras asegura un control efectivo sobre el sistema mejora la accesibilidad de buena parte de los usuarios y la eficiencia y eficacia del sistema, permitiendo la construcción de padrones nominalizados con toda la información necesaria para saber cómo funciona el sistema y poder planificar. Además se anota como ventaja la unificación de todo el papelerío que tienen que llenar los trabajadores de la salud. Deberán ajustarse los sistemas para asegurar el acceso a aquella parte de la población y del sistema sanitario que no cuenta con buenos niveles de conectividad o de cultura digital. Pero creemos que este es un mal secundario al lado de lo que hoy existe, en términos de anarquía y desmanejo.

Se encuentra prohibido a las autoridades brindar información a organismos internacionales, terceros, o comerciar con dicha información, en forma individual o masiva, salvo la documentación prevista en el Artículo 20 inc. c, que es de acceso público o la información propia solicitada por los propios usuarios, efectores, profesionales, financiadores, prestadores sobre la información por ellos generada, y resguardando la confidencialidad de la información de los pacientes conforme Ley 26.529, y según lo establezca la Autoridad de Aplicación.

En los lugares donde no exista acceso a internet la Autoridad de Aplicación debe disponer mecanismos de carga en el lugar geográficamente más cercano con acceso a internet, debiendo asegurar la carga de la información en forma oportuna y segura. A tal fin podrá realizar acuerdos con estados provinciales, organismos estatales o privados.

Deben establecerse mecanismos técnicos adecuados que aseguren la identidad de los diferentes usuarios del sistema, y la registración inalterable del uso que le den los mismos.

ARTÍCULO 24 — Acceso. La Autoridad de Aplicación otorgará un usuario y clave a cada prestador, financiador, profesional o trabajador de la salud para poder ingresar al sistema. Cada operador sólo tendrá acceso a la información referida a su actividad particular, o de los pacientes o usuarios a su cargo, donde tendrá que cargar obligatoriamente y en forma única toda la información de su actividad vinculada con el SINSA, con los alcances que establezca la Autoridad de Aplicación. Cada operador sólo podrá considerarse habilitado legalmente para actuar en el SINSA si se encuentra registrado en el sistema.

Todas las altas y bajas de los diferentes ámbitos de gestión debrán registrarse en el sistema por los operadores. El usuario o usuaria que sea dado de baja en los sistemas de gestión privada sin ser incorporados en otro expresamente es incluido por defecto en el sistema de gestión estatal.

ARTÍCULO 25 — Historia Clínica Única Digital. Crease la Historia Clínica Única Digital Argentina en el ámbito del Sistema Integrado y Centralizado de Gestión del SINSA. La Historia Clínica de cada paciente se regirá conforme lo dispuesto por la Ley 26.529, y tendrán acceso los profesionales de la salud previa conformidad del paciente. Dicha conformidad se presume en casos donde sea el equipo de salud de cabecera de la persona, casos de emergencia. Todo ingreso a la Historia Clínica Única Digital de cada paciente deben quedar registrado en el

sistema en forma inalterable, indicando quién ha ingresado, qué día, a qué hora y porque motivo, y si es con o sin autorización del paciente, indicando el motivo.

Las cargas en la Historia Clínica Única Digital de información sanitaria y prestacional deben reflejarse y tener su correlativo en las autorizaciones, prestaciones, órdenes médicas, servicios, tratamientos que reciba la persona según el ámbito de gestión en el que sea usuaria/o. Todos los datos ingresados son inalterables, en tanto debe asegurarse la registración de todas las cargas efectuadas en el sistema, incluso las correcciones.

La Autoridad de Aplicación podrá tener acceso a la información nominada de cada usuario o usuaria al sólo efecto del control de la eficiencia, eficacia, calidad y demás principios rectores del SINSa de las prestaciones y servicios recibidos, conforme la necesaria auditoría de los mecanismos de financiamiento y prestación que hayan intervenido según esta Ley, abriendo una actuación administrativa específica y motivada a tal efecto, la cual podrá ser secreta por un plazo no mayor a 90 días, debiendo notificar al paciente la situación registrada cumplido dicho término.

Dichas actuaciones podrán ser iniciadas a partir de alertas automáticos que el Sistema de Gestión active respecto a posibles irregularidades. Dichas alertas deben ser parametrizadas por la Autoridad de Aplicación, conforme reglas que resguarden la confidencialidad, y la no nominalidad en todo lo que fuera posible.

Para la gestión y análisis de datos sanitarios derivados de los usuarios de todo o parte del SINSa debe resguardarse sin excepción la identidad individual perteneciente a la población bajo análisis.

ARTÍCULO 26 — Sistema de Órdenes Médicas Digitales. Toda orden médica, recetas de medicamentos o de tratamientos de alto costo inclusive, deben registrarse, además de la Historia Clínica Única Digital y en el sistema de gestión correspondiente, en el Sistema de Órdenes Médicas Digitales, el cual podrá ser utilizado por el paciente, o quien este autorice, para acceder a los servicios y bienes de salud prescritos. No se podrá brindar la prestación o el servicio si no se encuentra registrada la orden médica en el sistema informático a cargo de la Autoridad de Aplicación.

ARTÍCULO 27 — Unidad de carga. La Autoridad de Aplicación debe prever la unidad y simplificación de la carga tanto para los pacientes, los trabajadores de la salud como los efectores, prestadores o financiadores, asegurando que la

información que sea idéntica sólo sea registrada una única vez, de manera sencilla y accesible.

ARTÍCULO 28 — Cuerpo de Auditores especializados⁷. El SINSA debe contar, como mínimo, con xxx cantidad de auditores especializados por cada xxx habitantes existentes en un área geográfica de xxx km², para efectuar el control de la eficiencia, eficacia, calidad y demás principios rectores del SINSA de las prestaciones y servicios que se brinden. El personal dedicado a Auditoría que pertenezcan al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados o a cualquier otra repartición pública Nacional podrán solicitar su incorporación como Auditores en el SINSA con la conservación de todos sus derechos laborales, con la correspondiente y exclusiva autorización del Ministro de Salud de la Nación.

Los/Las auditores y auditoras tendrán pleno acceso a la parte o totalidad del Sistema de Gestión según las tareas que se le asignen y el sector, población o universo prestacional a auditar, debiendo resguardar completa confidencialidad de la información a la que tengan acceso, teniendo prohibido compartir o comerciar dicha información, al igual que todo el personal que tenga acceso a la misma.

Los/Las auditores y auditoras tendrán plena competencia para, en el marco de la correspondiente actuación administrativa, solicitar información complementaria a los prestadores, financiadores o efectores, quienes deben dar cumplimiento inmediato a dicha petición. Dicha información puede estar referida a las

⁷ Otro de los principales problemas relacionados con el control es el de la falta de sistemas de auditoría en terreno eficientes. Si bien este problemas se reduciría significativamente con el uso de las tecnologías propuestas y el sistema de concentración de la información en manos de la Autoridad de Aplicación las auditorías seguirán siendo indispensables, las cuales deben ser especializadas. Se propone la conformación de un cuerpo único que aglutine todo lo que está disperso en materia de auditoría en todos los sistemas estatales. Para ello se deberá evaluar incluso eliminar el rol de auditoría de PAMI para pasarlo a este nuevo organismo, permitiendo un control externo que rompa con ciertas lógicas endogámicas que muchas veces afectan la adecuada prestación del servicio y lo tornan antieconómico. Se propone un sistema de cantidad de auditores o auditoras por cantidad de población y cantidad de km² a cubrir. De este modo se establecen parámetros objetivos para evitar que hayan muchos o pocos auditores (sobre todo esto último), definiendo legalmente un mínimo indispensable para que el sistema sea controlable en serio. Deberá establecerse un número adecuado para asegurar un resultado exitoso, no lo hemos colocado nosotros al no tener el conocimiento suficiente para hacerlo.

operaciones financieras, bancarias, y de los protocolos médicos asistenciales y requerir el acceso a la documentación contractual, económica, bancaria y financiera y con resguardo de los derechos de los pacientes, de toda aquella información clínica que permita auditar toda la actividad de cualquier operador del sistema.

Los auditores no podrán tener a cargo la misma zona o la auditoría de los mismos financiadores o prestadores por un plazo mayor a 5 años, salvo que la Autoridad de Aplicación lo prorrogue por única vez por razones fundadas de imposibilidad material de dar cobertura con otro auditor por razones de no existencia de auditores para dicha zona o por la especialidad que requiera. En este último caso se podrá prorrogar las veces que haga falta.

ARTÍCULO 29 — Allanamientos y secuestro de documentación. La Autoridad de Aplicación por sí o por medio de sus Auditores podrá requerir órdenes judiciales de allanamiento y el auxilio de la fuerza pública para el ejercicio de sus funciones. Podrá además secuestrar los documentos que juzgue conducentes para el cumplimiento de sus tareas de fiscalización.

CAPÍTULO V

Metas Sanitarias⁸

⁸ Esta es otra de las innovaciones que consideramos importantes para establecer un sistema de salud verdaderamente organizado y coordinado, con una planificación real y una unidad de concepción. Este sistema se vuelve todavía más indispensable en una estructura de salud tan fragmentada como la nuestra, donde cada parte sigue su lógica y se pierde cualquier esfuerzo de llevar a cabo una política sanitaria. Sin ir más lejos debe evaluarse lo ocurrido durante el gobierno de Cristina Fernández de Kirchner, cuando se elaboró una estrategia sanitaria de muchas aristas que tendía a buscar rectoría sobre el sistema, con un uso inteligente de programas de financiamiento, compras centralizadas y programas específicos, logrando muy buenos resultados sanitarios y económicos, pero jamás se logró impregnar a la totalidad del sistema de un horizonte único, cada parte operaba con sus intereses y esto llevó a que ante la destrucción durante los cuatro años de macrismo el sistema se haya vuelto compartimentado y atomizado, con una crisis casi terminal. La pandemia puso sobre la mesa que existe esa necesidad de rectoría material y espiritual en el sistema, pero también terminó por dejar una crisis terminal de buena parte del sistema existente.

La propuesta concreta consiste en que la Ley establezca parámetros y criterios muy generales, pero profundos, de cómo tiene que estar organizado el sistema en su disposición territorial, uso de recursos humanos y materiales esenciales, pero también de establecer que, en el marco de los principios generales dispuestos en la Ley la Autoridad de Aplicación vaya construyendo

ARTÍCULO 30 — Metas. La Autoridad de Aplicación tiene a su cargo la definición de Metas de gestión del SINSA, las cuales deben estipular objetivos de corto, mediano y largo plazo y son de cumplimiento obligatorio para todos los operadores del sistema, quienes deben adecuar sus planes y sistemas a su consecución, en la medida que su ámbito de gestión lo posibilite y requiera, y de acuerdo a lo que disponga la propia Autoridad de Aplicación.

Dichas metas deberán incluir obligatoriamente el cumplimiento de la legislación vigente⁹, la búsqueda de servicios integrados entre los operadores de los diferentes subsistemas, la reducción de costos burocráticos superpuestos y la atención en un mismo efector o por un mismo profesional de personas que tengan diversos sistemas de cobertura o financiamiento.

Las Metas deberán estar definidas por objetivos generales, particulares, y acciones concretas para su realización, junto con un sistema de evaluación de cumplimiento que además de valorar los aspectos cualitativos establezca estándares cuantitativos objetivamente medibles.

Metas que todo el sistema y cada una de sus partes deben seguir, en el corto, mediano y largo plazo.

Se verá más adelante como la propia ley usa estas metas para condicionar a los operadores, incluso imponiendo fuertes sanciones ante su incumplimiento o estableciendo beneficios para quienes las cumplan.

⁹ Este punto es de vital importancia atento a que existen muchas leyes de alto nivel jurídico que fueron dictadas muchas de ellas durante los Gobiernos de Cristina como la de derechos del paciente, salud mental, fertilización asistida, o otras actuales como la propia del IVE que no están siendo cumplidas o corren riesgo de no ser cumplidas, por lo que resulta central tener como meta del sistema que cada parte avance en el cumplimiento efectivo de la legislación ya existente.

ARTÍCULO 31 — Sistema de Población a Cargo.¹⁰ El SINSa deben asegurar como mínimo, configurando una Meta prioritaria, sin perjuicio de lo que disponga la Autoridad de Aplicación, la existencia, de un equipo de salud por cada **xx** cantidad de habitantes en una extensión geográfica de **xxx** Km², el cual tendrá población a cargo, debiendo llevar el seguimiento de su salud y el cumplimiento de la eficiencia, eficacia, calidad y demás principios rectores del SINSa de las prestaciones y servicios recibidos por cada individuo perteneciente a dicha población, asegurando la adecuada prevención, tratamiento de la enfermedad, cura y/o rehabilitación. La Autoridad de Aplicación debe favorecer la celebración de acuerdos entre los diversos prestadores, efectores, financiadores y demás

¹⁰ Este punto es un eje de transformación paradigmática que permitirá la construcción real de un nuevo sistema. Todo el resto del sistema, de financiamiento incluso, tendrá éxito si esta meta se cumple. Nuevamente se usa una relación de cantidad de equipos de salud por cantidad de habitantes en un espacio geográfico dado de manera que se asegure una cobertura real en el primer nivel de atención, asegurando una permanente retroalimentación de la población con el sistema, el esfuerzo puesto en la prevención antes que en el tratamiento de la enfermedad, o la atención temprana antes de la agudización de los factores de salud que luego no sólo perjudican gravemente al sujeto sino que significan altísimos costos para el sistema y habilitan grandes negocios para el tratamiento de enfermedades de aparición o agravamiento temprano. Deberán, al igual que con los auditores, ponerse los valores que sean realistas, permitiendo al equipo realmente hacer seguimientos, nominalizar, controlar y acompañar. Esta meta además es exigida a todos los operadores, de cualquier subsistema, con lo cual deberán establecer mecanismos de integración con efectores públicos y de todos los financiadores y prestadores existentes para lograr este objetivo, incluyendo un propósito de beneficio comunitario incluso a los que persiguen un fin de lucro. La idea es avanzar a que las infraestructuras se compartan, se mejoren con la inversión de cada parte, que se fomente la colaboración y la construcción de una integración real de todas las partes. Para ello nada mejor que forzar todos los primeros esfuerzos y recursos en la atención preventiva y humana.

Se le suma también otras prestaciones para una mayor cantidad de población, como odontología, nutricionista, profesor de gimnasia y un equipo de rehabilitación, estableciendo un piso de servicios de salud preventivos que todos los operadores deben garantizar. Debe ponerse un número que sirva a tal fin.

Entendemos que esta respuesta presenta aspectos muy favorables para lograr adhesiones de Obras Sociales, gobiernos provinciales e incluso de jugadores del sector privado ya que, por un lado, simplifica un problema de gestión habitual que tienen todos los operadores del sistema, la asignación de personal sanitario para la atención ordinaria de los usuarios, sirviendo este sistema único como eje ordenador, pero también porque este mecanismo asegura la detección temprana de enfermedades, evitando gastos médicos de mayor costo, aborda los problemas de salud en sus determinantes y no en sus consecuencias patológicas. Por ello consideramos que este es un buen instrumento para construir una respuesta política favorable a esta reforma, incluso pudiendo alcanzar buena recepción en la opinión pública.

operadores de los diferentes ámbitos de gestión para cumplir con este objetivo. La Autoridad de Aplicación y cualquiera de los operadores podrá disponer sistema de premios para el equipo de salud ante el adecuado relevamiento y seguimiento de la población a su cargo que permita mejorar los índices sanitarios.

Los integrantes de dichos equipos, así como todo profesional u operador del sistema, tendrán a cargo como obligación inexcusable denunciar a los auditores del Cuerpo de Auditores que actúen en su territorio cualquier irregularidad que detecten a fin de evitar o sancionar maniobras especulativas o ilegales de algún financiador, prestador o personal de salud que afecten al Sinsa así como la vulneración de los derechos del paciente.

Deberá tenerse una o un obstetra y un o una pediatra cada xx equipos de salud, quedando a su cargo la aplicación de lo dispuesto en la Ley xxxxx de los mil días.

Asimismo el Sinsa deben asegurar como mínimo, sin perjuicio de lo que disponga la Autoridad de Aplicación, la existencia, de un equipo conformado por una o un nutricionista y un o una profesora de gimnasia, por un/a odontóloga/o y un equipo de rehabilitación por cada xx cantidad de habitantes en una extensión geográfica de xxx Km².

ARTÍCULO 32 — Mesas consultivas comunitarias.¹¹ Cada equipo de Salud tiene dentro de sus responsabilidades la de constituir Mesas Consultivas Comunitarias en las poblaciones a su cargo, las cuales se organizarán conforme lo disponga cada comunidad, promoviendo la incorporación de representantes de los financiadores y prestadores de todos los subsistemas que mayor actividad tengan en dicha área geográfica y buscando el mejoramiento permanente y progresivo del Sistema.

¹¹ Se incorporan las mesas comunitarias como mecanismo de participación popular, también siguiendo las exigencias de la Observación n° 14 del Comité de PIDESC.

ARTÍCULO 33 — Red.¹² La Autoridad de Aplicación deberá organizar, articular y sostener una Red Sanitaria, donde los tres niveles de complejidad, todos los equipos y los subsistemas que lo integran actúen en forma coordinada, eficaz y eficiente. Todos los operadores de los diferentes subsistemas deben actuar con la misma lógica, asegurando el acceso a los diferentes niveles, informando a la población a cargo sobre el modo de recibir atención adecuada, promoviendo la atención, diagnóstico y tratamiento temprano, asegurando especialmente una red de rehabilitación que permita la prestación desde el momento agudo, la continuidad del tratamiento en el segundo nivel y su continuidad el tiempo que resulte necesario.

ARTÍCULO 34 — Estructuras mínimas de segundo nivel¹³. El SINSA deben asegurar como mínimo, configurando una Meta prioritaria, sin perjuicio de lo que disponga la Autoridad de Aplicación, la existencia de un dispositivo integrado de Diagnóstico y Tratamientos regulares y crónicos de segundo Nivel por cada xxx usuarios que habiten en un área geográfica de xx Km2, teniendo como objetivo el acceso de todos los usuarios y pacientes del sistema en

¹² Otro factor esencial en un nuevo sistema de salud es el trabajo en red, lo cual no sólo mejora la accesibilidad y eficiencia de la atención sino que asegura el cumplimiento de roles claros para cada nivel de atención, asegurando una atención preventiva de poca o mediana complejidad en el primer nivel, de diagnóstico o tratamiento para casos más complejos o crónicos, en estructuras médicas y deja toda la complejidad hospitalaria para la emergencia y las intervenciones de mayor complejidad, favoreciendo un usos racional de los recursos y organizando la oferta y la demanda de los servicios. La puerta de entrada en general será el equipo de salud y luego el sistema se organizará para las derivaciones o las atenciones que correspondan según el nivel de complejidad. Esto tiene que ser una meta indispensable del nuevo sistema. Se incluye especialmente en esa red la rehabilitación, ya que para ser eficaz requiere de la atención temprana y continuada a lo largo de todo el devenir del paciente en el sistema.

¹³ Respecto al segundo nivel ocurre lo mismo, debe consultarse a personas con conocimiento técnicos precisos para que establezcan cuál es la adecuada proporción entre la disposición de esas estructuras con relación a una cantidad de habitantes (que debe incluir varios grupos de población a cargo por diversos equipos de salud), favoreciendo la organización inteligente de los recursos y garantizando la conformación de la red señalada.

Habría que evaluar poner una cláusula más sobre el tercer nivel, referido especialmente a mínimos de cobertura, especialmente cantidad de camas y unidades de emergencia por cantidad de habitantes, y alguna consideración de equipo humano. No se incluyó a fin de focalizar en el primer y segundo nivel, que son los tradicionalmente abandonados, considerando especialmente que como resultado del Covid la creación de camas y sectores de terapia fue donde más recursos se ha puesto. Pero se podría agregar.

condiciones de cercanía y uso eficiente de los recursos disponibles. La Autoridad de Aplicación determinará cuáles son los servicios de diagnóstico y Tratamientos regulares y crónicos que deberán conformar el segundo nivel, así como sus condiciones de eficiencia, eficacia y calidad. En dicho nivel deberá, como mínimo contar, con una o un ginecólogo.

ARTÍCULO 35 — Presupuesto por metas.¹⁴ La Autoridad de Aplicación debe confeccionar el proyecto de presupuesto del SINSA para su tratamiento por parte del Honorable Congreso de la Nación con la determinación de metas del sistema conforme lo establecido por el Artículo 28 de esta Ley.

TITULO II

Financiamiento¹⁵

¹⁴ El presupuesto por metas también aparece como una medida innovadora en general en el sistema presupuestario, atendiendo a lograr una unidad de concepción a lo largo de todo el sistema, obligando a la propia Autoridad de Aplicación a ordenarse atrás de los objetivos que establece la ley y los que irá construyendo en la dinámica que se tendrá que generar al sancionar la ley, ya que la misma favorece los acuerdos entre partes para mejorar sus condiciones prestacionales y financieros pero por sobre todo para lograr los objetivos propuestos por la Ley y los que disponga la Autoridad. El diseño del presupuesto resulta fundamental ya que construirlo desde el inicio y por la propia Autoridad con una lógica de objetivos favorece a que todos los operadores se encolumnen, empezando por el propio Estado.

¹⁵ Este es sin dudas el tercer gran motor de la reforma propuesta, la determinación de mecanismos de concentración de parte de los recursos disponibles y la orientación de los mismos. Unido con lo dicho anteriormente, es un modo de lograr esa unidad de concepción pretendida, para avanzar en la unidad de acción. Información concentrada y transparente, Metas y dinero comienzan a conformar el camino sobre el que tiene que transitar el sistema nuevo. Fallar en las metas que se proponen y en los medios de asegurarlas con los condicionamientos e incentivos que se les fijan como reaseguro sería dejar el sistema sin timón, y concentrar recursos porque sí, no tener la información de qué pasa en el sistema es igual a seguir caminando a ciegas, por más recursos y metas que se tengan, sin asegurar los medios para conseguir los fines propuestos es igual de infructuoso, deben hacerse las tres cosas, sino la reforma estaría destinada al fracaso.

Nótese que este punto es el de mayor controversia y conflicto potencial. Cada financiador y prestador está sentado en su caja y pretende conservarla. La crisis, a veces terminal, post pandemia macrista y sanitaria hace que se abra una posibilidad para encontrar jugadores con la guardia baja, ávidos de soluciones para poder continuar operando o sobreviviendo, múltiples consensos que están en crisis, pero también grandes jugadores esperando concentrar mercado

CAPÍTULO I

Mecanismos de financiamiento

ARTÍCULO 36 — Principio General. Como principio general cada ámbito de gestión conservará su sistema de financiamiento a excepción de lo que disponga esta Ley o disponga la Autoridad de Aplicación dentro de ese marco.

El uso de los fondos previstos en este apartado, sin nominación de los usuarios y con datos generales, será publicado en forma inmediata y on line para control de toda la población.

ARTÍCULO 37 — Sostenimiento de la Autoridad de Aplicación. De todos los Fondos establecidos en la presente Ley el xx% se destinará a la cobertura de los recursos necesarios para el funcionamiento de la Autoridad de Aplicación en los términos previstos en esta ley.

como pocas veces se ha visto. Se propone que estas sugerencias que se realizan en el proyecto elaborado sean consideradas puntos de partida para tomar diversas alternativas posibles a fin de avanzar en la integración del sistema y su reforma, pero con el realismo que se requiere para conseguirlo. El juego de las variables financieras seguramente abrirá consensos y cerrará caminos, pero es la clave segura de poder o no lograr este objetivo político, lo que permite hoy negociar con los diferentes jugadores.

Una opción es la de segmentar cada grupo de jugadores, considerando los intereses y urgencias comunes, no tomando a los sectores siempre como homogéneos. Insistimos es un punto de partida, quizás de llegada, pero debe evaluarse en términos de posibilidad y conveniencia política cada una de las propuestas.

Se sugiere la conformación de 4 fondos con mecanismos y fines autónomos, que atienden a diversas realidades y planos de la cuestión sanitaria. Dentro de cada uno de ellos el impacto positivo o negativo para cada jugador deberá ser evaluado, pero se proponen como necesarios ejes para transformar el sistema junto con las propuestas ya analizadas.

La estrategia que se propone es la de compartimentar las cajas, no tomando todo el sistema sino partes que son esenciales en su funcionamiento y que son determinantes en que el sistema funcione o no, garantice derechos o no. Ante la fragmentación del sistema proponemos su aprovechamiento, buscando respuestas fragmentadas en lo funcional pero con una lógica común y una gestión centralizada que tienda a objetivos diversificados y distribuidos en todo el sistema, asegurando que la nueva autoridad tenga herramientas reales de control y gestión.

ARTÍCULO 38 — Fondo Compensador Federal e Integral¹⁶. Crease el Fondo Compensador Federal e Integral, que estará administrado y gestionado por la Autoridad de Administración y que buscará compensar las prestaciones financiadas por prestadores o financiadores que no tenían a su cargo la prestación o financiamiento efectuado ante la atención de una persona por la que tiene obligación de dar cobertura, asegurando la cobertura automática del costo de la prestación y evitando el traslado ilegítimo de costos.

ARTÍCULO 39 — Composición Fondo Compensador¹⁷. El Fondo Compensador Federal e Integral se compondrá por:

- a) Un aporte periódico de todos los financiadores¹⁸ del sistema de Salud equivalente al total de las prestaciones cubiertas en el año anterior por prestadores o financiadores diferentes a los que tenían asignados los usuarios que hayan hecho uso de prestadores o financiadores que hayan cubierto dichas prestaciones, según lo disponga anualmente la Autoridad

¹⁶ El primero de ellos busca tornar más eficiente el sistema y sobre todo atender a dar respuesta al viejo problema que arrastran las provincias de dar cobertura a personas con seguros o coberturas médicas y no recibir el pago de lo que corresponde por dicha atención, generando una transferencia de costos a cargo del Estado que es por lo menos ilegítima, y hasta ahora crónica. Este fondo permitirá el cobro automático de la prestación y la obligación de reponer la cuota de parte del financiador que corresponda, evitando trámites burocráticos o pérdidas de recursos evitables. Asimismo dará una fuente, quizás modesta pero anteriormente inexistente, principalmente para los efectores públicos provinciales y municipales. Para ello es importante el sistema de gestión informático unificado que se propone.

En particular este fondo puede ser un gesto interesante para los sectores políticos provinciales que vean la posibilidad de incrementar los ingresos de sus siempre ajustados presupuestos sanitarios.

Tampoco debe descartarse que a medida que avance la integración del sistema este fondo no sólo resuelva el problema de los efectores públicos frente a los financiadores privados, sino que empezará a regir las relaciones de todos los operadores incluso de los privados entre sí o, si se lograra integrar estructuras de atención, de los privados que presten servicios a personas del sector público. Esto sería un incentivo también para que los privados vean como una posibilidad de integrarse con lo público.

¹⁷ Deberá estudiarse con más detalle cada porcentaje conforme los cálculos actuariales y datos que se tengan de cuál es el costo que habitualmente es cubierto por financiadores diferentes a los que originalmente debían responder. Debe buscarse un equilibrio para que esto sea funcional y genere el menor impacto negativo posible en los operadores que deben financiarlo.

¹⁸ Solo se incluyen financiadores.

de Administración para el año en curso. Si en tiempo oportuno la Autoridad de Aplicación no lo determinase, mientras dure dicha indeterminación el monto es el previsto para el año anterior. En caso de que el fondo se torne insuficiente para cubrir las compensaciones del año en curso la Autoridad de Aplicación dispondrá aportes complementarios que las financiadoras deben realizar. Para la primer integración del Fondo cada prepaga, obra social, o financiador que determine la Autoridad de Aplicación como obligado debe aportar en forma mensual un 1% del total de lo recaudado durante el año en curso.

- b) Los subsidios, subvenciones, legados y donaciones y todo otro recurso que se dirija a formar parte del mismo.
- c) El xx% de las cuotas que cobren las Aseguradoras por coberturas de riesgos a la salud o que ofrezcan financiamiento para la atención médica.
- d) El aporte del Tesoro Nacional que, según las necesidades adicionales de financiación del Fondo, determine el Presupuesto General de la Nación

ARTÍCULO 40 — Funcionamiento. El Fondo Compensador Federal e Integral servirá para reponer en forma automática el costo de toda prestación dada a un paciente o usuario cubierta por un prestador que se encuentra financiado por un sistema de financiamiento diferente al que pertenece ese usuario o paciente, permitiendo que se produzca el cobro de la prestación sin necesidad de más trámite que la registración en el sistema, lo cual generará la obligación inmediata en cabeza del administrador responsable de reponer el monto detrído para conservar la Integridad del Fondo de Compensación.

La Autoridad de Aplicación debe fijar semestralmente los montos de las prestaciones que son compensables dentro del Fondo Compensador así como actualizar el registro de los prestadores y financiadores comprendidos en dicho Fondo.

La Autoridad de Aplicación determinará el funcionamiento de los mecanismos por los cuales se producirá la compensación.

ARTÍCULO 41 — Otras deudas. Estará prohibido que el Estado cobre o compense con el Fondo Compensador Federal e Integral otras deudas que pudiera tener con los financiadores o prestadores del sistema.

ARTÍCULO 42 — Cuestionamientos al valor. En caso de que cualquiera de las partes no estuviera conforme con el costo cubierto por la prestación brindada podrá interponer reclamo en el Sistema Integrado y Centralizado de Gestión

para que la Autoridad de Aplicación convoque a una conciliación en un plazo no mayor a 30 días. Dicha conciliación puede ser delegada por la Autoridad de Aplicación en el personal del Cuerpo de Auditores que tenga a cargo la auditoría de dicho territorio. En caso de que no se arribe a un acuerdo la Autoridad de Aplicación tendrá 30 días para resolver.

ARTÍCULO 43 — Fondo de Cobertura de Altos Costos.¹⁹ Crease el Fondo de Cobertura de Altos Costos Médicos, que estará administrado y gestionado por la Autoridad de Administración y que buscará la cobertura integral de los Altos Costos Médicos que se generen en el SINSA en condiciones de eficiencia, sustentabilidad, eficacia y calidad.

ARTÍCULO 44 — Composición Fondo de Altos Costos. El Fondo de Altos Costos Médicos se compondrá por:

- a) El 3% del total de lo recaudado durante el año en curso por las financiadoras²⁰ de todo el SINSA.
- b) Los subsidios, subvenciones, legados y donaciones y todo otro recurso que se dirija a formar parte del mismo
- c) El aporte del Tesoro Nacional que, según las necesidades adicionales de financiación del Fondo, determine el Presupuesto General de la Nación

ARTÍCULO 45 — Funcionamiento. La Autoridad de Aplicación establece el funcionamiento de la cobertura de los Altos Costos y bajo impacto por parte del Fondo.

¹⁹ El segundo fondo busca construir una caja común para todo el sistema para cubrir los denominados Alto costo / Bajo impacto, generalmente presentes en el tratamiento de enfermedades extrañas, complejas, de poca población afectada en términos relativos o que exige una gran cantidad de recursos para efectos sanitarios globales irrelevantes. Todos los jugadores del sistema tienen serios problemas a la hora de enfrentar este tipo de prestaciones, especialmente los del sector público o de obras sociales, resultando a veces favorable en el ámbito privado ya que esos jugadores muchas veces forman parte simultáneamente de quienes financian y quienes brindan la prestación de altísimo costo.

Nuevamente se señala que debe estudiarse con profundidad cuál es el porcentaje y sobre que para que ese sistema sea viable y sustentable y no afecte la mayor parte de las economías de los operadores del Sistema.

Consideramos que esta caja común puede ser atractiva para casi todos los operadores del sistema, quizás encontrando alguna resistencia por parte de los grandes jugadores del sector privado que perderían la manija de un espectro de negocios que mueve mucho dinero.

²⁰ Sólo se incluyen financiadoras.

ARTÍCULO 46 — Criterios de Determinación.²¹ El Alto Costo será determinado por la Autoridad de Aplicación incluyendo como mínimo aquellos tratamientos, estudios, medicamentos o servicio médico que supere en xxx cantidad de veces un salario mínimo vital y móvil

ARTÍCULO 47 — Reclamos Judiciales.²² Los reclamos judiciales por la cobertura de tratamientos, estudios, medicamentos o servicio médico que se pretendan de Alto Costo de cumplimiento obligatorio por parte del SINSA y que no hayan sido catalogados como tales por la Autoridad de Aplicación se deberán realizar contra el SINSA. La Autoridad de Aplicación debe evacuar un informe en un plazo de 3 días de notificada argumentando técnicamente a favor o en contra de brindar la prestación, considerando las condiciones de eficiencia, eficacia y calidad de la prestación.

En caso de que la sustentabilidad del sistema se vea afectada por la cobertura de prestaciones no incluidas como Alto Costo la Autoridad de aplicación podrá imponer un aumento razonable proporcionado y justificado del porcentaje previsto en el inc. a del Artículo 42.

En el resto de los reclamos judiciales por falta de cobertura de tratamientos, estudios, medicamentos o servicio médico se deberán realizar contra el financiador o prestador obligado, debiendo notificar a la Autoridad de Aplicación en forma simultánea. La Autoridad de Aplicación debe evacuar un informe en un plazo de 3 días de notificada argumentando técnicamente a favor o en contra de brindar la prestación, considerando las condiciones de eficiencia, eficacia y calidad de la misma.

A los efectos de las notificaciones indicadas en este artículo la Autoridad de Aplicación publicará un domicilio electrónico para que se realicen las mismas.

²¹ Deberá fijarse una pauta que sirva como estándar general.

²² Se incluye una propuesta de mecanismo de abordaje para la problemática del activismo judicial, a veces ruinoso para el sistema, considerando que se adecúa a la garantía de los derechos en juego, el respeto a las garantías constitucionales y del debido control por parte de la administración.

ARTÍCULO 48 — Fondo Anticíclico para Catástrofes.²³ Créase el Fondo Anticíclico para Catástrofes que estará administrado y gestionado por la Autoridad de Administración y que buscará la cobertura de gastos extraordinarios en todo o parte del territorio nacional, o en todo o parte de su población, que se generen en el SINSA por la producción de situaciones extraordinarias e imprevisibles que generen impacto en el Sistema de Salud, tales como terremotos, incendios, pandemias, entre otros.

ARTÍCULO 49 — Composición Fondo Anticíclico²⁴. El Fondo Anticíclico para Catástrofes se compondrá por:

- a) El 0.5% del total de lo recaudado durante cada año por las financiadoras y prestadoras²⁵ de todo el SINSA.
- b) Los subsidios, subvenciones, legados y donaciones y todo otro recurso que se dirija a formar parte del mismo
- c) El aporte del Tesoro Nacional que, según las necesidades adicionales de financiación del Fondo, determine el Presupuesto General de la Nación

ARTÍCULO 50 — Funcionamiento. La Autoridad de Aplicación establece el funcionamiento del Fondo Anticíclico para Catástrofes. El uso de dicho fondo, en cualquier caso, requerirá la declaración de emergencia Sanitaria por parte del Congreso en forma previa.

²³ Este fondo busca establecer mecanismos contracíclicos sistémicos y globales para cubrir eventos catastróficos colectivos como ha sido la pandemia todavía en curso, considerando que la misma no ha concluido y las amenazas de nuevas pandemias globales cada vez más frecuentes se han vuelto muy creíbles en el último año.

Políticamente es viable por lo menos su debate, incluso puede resultar interesante para la mayoría de los jugadores que por no tener herramientas previstas perdieron todo su capital o entraron en una crisis quizás terminal con esta pandemia. Es algo que le da previsibilidad y seriedad al sistema.

²⁴ Debe prestarse atención a cuál es el porcentaje y sobre que se aplica para determinar la composición del fondo.

²⁵ Al ser posibles futuros beneficiarios se agrega a los prestadores, además de los financiadores como en los otros fondos.

ARTÍCULO 51 — Fondo Estratégico Sanitario.²⁶ Créase el Fondo Estratégico Sanitario que estará administrado y gestionado por la Autoridad de Aplicación y que buscará financiar el cumplimiento de las metas generales establecidas por la Autoridad Sanitaria para todos los operadores del SINSA.

ARTÍCULO 52 — Composición Fondo Estratégico Sanitario²⁷. El Fondo Estratégico Sanitario se compondrá por:

- a) El 5% del total de lo recaudado durante cada año por las financiadoras y prestadoras de todo el SINSA.²⁸
- b) Los subsidios, subvenciones, legados y donaciones y todo otro recurso que se dirija a formar parte del mismo
- c) El aporte del Tesoro Nacional que, según las necesidades adicionales de financiación del Fondo, determine el Presupuesto General de la Nación

ARTÍCULO 53 — Funcionamiento. La Autoridad de Aplicación establece el funcionamiento del Fondo Estratégico Sanitario, priorizando su destino en el corto y mediano plazo al ámbito de gestión Estatal, para su aplicación a las jurisdicciones que presenten peores índices sanitarios y para la concreción de las metas determinadas en los Artículos 31, 33 y 34 de esta Ley. En una segunda

²⁶ Este es quizás el fondo más importante de los que se propone. Junto con el de Altos Costos busca atender al sistema en sus dos extremos, la atención de primer nivel y preventiva y la de alto costo y enorme complejidad. Pero esta caja busca la construcción del sistema democrático de la salud, el acceso real, la redistribución efectiva de los recursos, con un mecanismo solidario donde terminan aportando más los que más tienen.

Se cruza con la cuestión de las Metas, las cuales se vuelven de posible concreción ya que no sólo son exigibles por la autoridad a los operadores con graves consecuencias en caso de incumplimientos, sino que la Autoridad contará con recursos reales para invertir en que eso se logre.

Se repite lo ya dicho respecto a las Metas para la atención del primer nivel y el segundo, si es correctamente explicado esto solucionaría muchos problemas de gestión de prestadores y financiadores, logrando organizar un sistema que por anárquico es muchas veces antieconómico incluso para los privados, además de que al redundar en prevención sobre la salud de los usuarios liberará fondos significativos que se aplican para la atención de la complejidad, que siempre es más cara y de menor impacto relativo.

²⁷ Se recomienda el estudio específico del porcentaje y la base de cálculo para asegurar justicia, eficacia y evitar confrontaciones evitables con sectores políticos.

²⁸ Al ser directos beneficiarios se agrega a los prestadores, además de los financiadores como en los otros fondos.

etapa se podrá destinar estos fondos a dar respuesta a los determinantes de la salud como el acceso al agua potable y al saneamiento cloacal. En una tercer etapa se podrá destinar estos fondos a los operadores del ámbito privado, con o sin fines de lucro.

ARTÍCULO 54 — Cumplimiento de Metas.²⁹ Cada aportante al Fondo Estratégico Sanitario disminuirá el porcentaje de su aporte por debajo de lo establecido en el inciso a) del ARTÍCULO 50 en la medida que cumpla con las Metas establecidas por la Autoridad de Aplicación según los Artículos 31, 33 y 34 y según lo establezca dicha Autoridad. La Autoridad de Aplicación deberá ponderar especialmente el esfuerzo que cada aportante haga para cumplir las metas propuestas, con la legislación vigente, en lograr servicios integrados con los efectores del mismo u otro ámbito de gestión, la reducción de costos burocráticos superpuestos, la atención en un mismos efector o por un mismo profesional de personas que tengan diversos sistemas de cobertura o financiamiento.

La Autoridad de Aplicación establece el resto de las cuestiones operativas necesarias para el funcionamiento del Fondo.

TITULO III

²⁹ Se dispone un sistema de incentivos en el cual pasa a pagar menos el que más cumple con lo que le pide la Autoridad de Aplicación y, especialmente, lo que exige la ley como meta tendiente a crear y fortalecer un sistema integrado del primer nivel y el segundo nivel. Además se insiste, fortalecer esos dos niveles, sobre todo en la prevención, debería reducir el la inversión que se realiza en el tercer nivel ya que cada tratamiento complejo que se evita por una adecuada prevención redundante en fondos que se liberan para otras cuestiones, incluso rentabilidad de los privados.

Se hace especial hincapié en la integración de los servicios e infraestructuras como incentivos ya que estamos convencidos que esa integración impacta en mayor inclusión social y paz colectiva. El que más tiene se atiende en el mismo lugar y con el mismo profesional que el que menos tiene, eso de por sí es un factor de incremento de la posibilidad de cooperación entre ellos y por consiguiente, de mejora en la calidad de vida general del menos favorecido.

Subsistemas³⁰

CAPÍTULO I

Aspectos comunes

ARTÍCULO 55 — Subsistemas. El SINSA se conforma de tres subsistemas, el de Gestión Estatal, el de Gestión Privada sin Fines de Lucro y de Gestión Privada con Fines de Lucro, según lo establece esta Ley.

ARTÍCULO 56 — Unidad e Integración. La división del SINSA en subsistemas no afecta la unidad del sistema. Todas las partes deben garantizar la integración e inclusión de todo el sistema así como los demás principios y objetivos contenidos en esta Ley, a fin de garantizar el Derecho a la Salud. A tal fin será responsabilidad de la Autoridad de Aplicación, y de todos los integrantes de cada subsistema, de fomentar y celebrar convenios tendientes a unificar mecanismos de financiamiento, de atención, de prestación, contratación y de sistemas administrativos, asegurando el uso eficiente y eficaz de los recursos disponibles.

Se establece como prioridad la celebración de dichos convenios para la compra de medicamentos, las cuales podrán ser planificadas, programadas y ejecutadas por la propia Autoridad de Aplicación a fin de lograr una mejoría en los precios de compra y su distribución equitativa en toda la población y el territorio nacional. A tal fin la Autoridad de Aplicación podrá celebrar convenios de compra conjunta con otros países u organismos internacionales.

ARTÍCULO 57 — Registro Único de Financiadores y Prestadores. Todos los prestadores, efectores, financiadores y demás operadores de todos los subsistemas del SINSA deben registrarse como tales, y dentro del subsistema correspondiente, en el Sistema Integrado y Centralizado de Gestión. La no Registración les impedirá actuar en el Sistema y contratar con los demás prestadores o financiadores del sistema.

³⁰ Se plasma lo que ya existe en la vida real, sólo proponiendo categorías legales que lo definan y les hagan generar incentivos para integrarse y complementarse. Los tres subsectores en realidad engloban múltiples fragmentaciones que pretenden ser acortadas en este Título, en armonía con todo lo ya explicado.

Se apuesta en alguna medida al libre juego de los operadores, promoviendo acuerdos entre ellos y con la Autoridad de Aplicación para lograr la integración del sistema.

ARTÍCULO 58 — Registración de contrataciones. Todos los prestadores, efectores, financiadores y demás operadores de todos los subsistemas del SINSA deben registrar, en el Sistema Integrado y Centralizado de Gestión todas las contrataciones que realicen, indicando con claridad fecha, datos del contratante, precio, comparativo de precios, modalidad de pago y toda otra información que establezca la Autoridad de Aplicación.

ARTÍCULO 59 — Transparencia e información pública.³¹ Todos los prestadores, efectores, financiadores y demás operadores se encontraran regidos por la Ley de Acceso a la información Pública n° 27.275, incluyendo a los pertenecientes a los subsistemas de gestión privada, con o sin fines de lucro, en todo lo referido a su desempeño prestacional y financiero, sus estados contables, sus contratos y sus cuentas bancarias.

ARTÍCULO 60 — Plan de adecuación de Metas. Todos los prestadores, efectores financiadores y demás operadores de todos los subsistemas del SINSA deben presentar periódicamente planes de adecuación de las Metas establecidas por esta Ley y la Autoridad de Aplicación, conforme los plazos y procedimientos que ésta dispone.

CAPÍTULO II

Subsistema de Gestión Estatal

ARTÍCULO 61 — Composición. Componen el Subsistema de Gestión Estatal³²:

- a) Los efectores de Salud de cada Provincia y Municipio de todo el País.

³¹ Dado lo sensible de la materia que se regula no puede ampararse un privado por el hecho de ser tal en secreto sobre sus finanzas y operaciones, todo debe ser a la luz del día, para evitar asimetrías informativas y acciones que promuevan la degradación del sistema.

³² La inclusión de los diferentes incisos del art. 1 de la Ley 23660 en uno u otro sistema deberá ser no sólo considerada en la naturaleza de la entidad a incluir en uno u otro subsistema sino en la viabilidad política y la posibilidad de lograr debilitar a un sector que puede oponerse a esta ley o a negociar apoyos a la misma. Dicho de otra forma, habrá que evaluar si conviene dar un tratamiento conjunto a las Obras Sociales Sindicales con Obras sociales creadas por leyes nacionales, o separarlas. Incluso se puede evaluar subdivisiones para dar tratamiento diferencial a Obras Sociales sindicales por tamaño o por si son mantenidas mayormente por recursos nacionales, esto debe ser especialmente considerado para definir la estrategia política a seguir.

- b) Los efectores de Salud de la Nación Argentina.
- c) Las Obras Sociales de Empleados Públicos de las Provincias.
- d) Las Obras Sociales de Empleados Públicos Nacionales.
- e) El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados creado por Ley N°19.032
- f) Los programas de financiamiento Nacional como Incluir Salud Resolución 1862/2011.
- g) Todos los efectores, prestadores y financiadores creados por Ley o normas dictadas por la Nación, las Provincias y los Municipios, que se financien directamente con fondos públicos o funcionen en el ámbito estatal.

ARTÍCULO 62 — Prioridades.³³ Los que actúen como financiadores en el subsistema de Gestión Estatal deben priorizar el financiamiento de prestaciones a cargo de efectores del subsistema de Gestión Estatal, alcanzando un mínimo del 30% en el plazo de 3 años, focalizando dicho financiamiento especialmente en la concreción de las metas determinadas en los Artículos 31, 33 y 34.

ARTÍCULO 63 — Contrataciones conjuntas. Todos los operadores del subsistema de Gestión Estatal deberán concentrar en todo lo posible las contrataciones asegurando el uso eficiente y eficaz de los recursos disponibles. A tal fin tienen como principal obligación la de prever y planificar las compras de insumos, medicamentos y demás elementos con tiempo suficiente de anticipación para proceder a la compra conjunta, las cuales podrán ser planificadas, programadas y ejecutadas por la propia Autoridad de Aplicación, especialmente en materia de medicamentos.³⁴

³³ Con esto se busca la integración y unidad del sistema promoviendo que por ejemplo PAMI destine recursos en los efectores estatales provinciales o municipales, fortaleciendo el primer nivel, sobre todo en la concreción del primer y segundo nivel, la construcción de una red sanitaria integrada, y especialmente construyendo la lógica de población a cargo de un equipo de salud como puerta de entrada del sistema y atención permanente. Esto puede generar rispideces con parte del sector privado por lo cual deberá evaluarse el porcentaje a establecer, garantizando fortalecer el sector estatal pero sin arruinar lo que sea potable del sector privado.

³⁴ Esta es la lógica que se sigue del programa Remediar y que tiene mucho potencial para regular y controlar el valor de los medicamentos.

ARTÍCULO 64 — Requisitos para ser prestador y capitar.³⁵ La Autoridad de Aplicación establece los estándares y parámetros exigibles a prestadores y efectores para el alta de prestadores y el otorgamiento de cápitas en los sistemas de financiamiento del subsistema de Gestión Estatal, asegurando condiciones de transparencia, eficiencia, eficacia y calidad. La Autoridad de Aplicación debe, a tal fin, tener presentes las particularidades y realidades de cada jurisdicción.

ARTÍCULO 65 — Condicionalidades.³⁶ Los efectores, prestadores y financiadores de Gestión Estatal provincial o municipal, y los Estados Provinciales y Municipales no podrán percibir fondos nacionales, ni de los establecidos en esta Ley, bajo ningún concepto o modalidad, destinados a cubrir gastos o necesidades de su subsistemas de Salud si no dan cumplimiento a lo dispuesto por esta Ley y lo que disponga la Autoridad de Aplicación.

CAPÍTULO III

Subsistema de Gestión Privada sin fines de Lucro

ARTÍCULO 66 — Composición³⁷. Componen el Subsistema de Gestión Privada sin fines de Lucro:

- 1) Las Obras Sociales contempladas en la Ley 23.660.
- 2) Toda Institución, efector, prestador o financiador de Salud que no tenga fin de lucro.

³⁵ Este punto es de central importancia. Actualmente PAMI actúa de manera independiente y autónoma en las contrataciones y las asignaciones de cápita, con un modelo centralizado y muchas veces atados a negocios que afectan la transparencia y la calidad de la atención sanitaria, por ello se propone que los estándares para la contratación o asignación de cápita sea dispuesta reglamentariamente por la Autoridad de Aplicación, quien luego tendrá la auditoría a su cargo.

³⁶ Se propone que explícitamente se condicione a las provincias y municipios a incorporarse al sistema, bajo pena de no recibir inversión por fuera del sistema, ya que resulta indispensable que todas las provincias se incorporen para tener un sistema verdaderamente integrado.

³⁷ Se insiste en que la determinación de que efector, prestador o financiador se pone en cada encuadre debe perseguir un objetivo político de lograr que se apruebe la reforma en el congreso y que se cumplan sus fines estratégicos, por ello deberá estudiarse la cuestión política y técnica en cada caso en particular.

ARTÍCULO 67 — Prioridades. Los actúen como financiadores en el subsistema de Gestión Privada sin fines de lucro deben priorizar el financiamiento de prestaciones a cargo de efectores propios o del subsistema de Gestión Estatal³⁸, alcanzando un mínimo del 30% del total de las prestaciones a cargo de los mismos, en el plazo de 3 años, focalizando dicho financiamiento especialmente en la concreción de las metas determinadas en los Artículos 31, 33 y 34.

ARTÍCULO 68 — Condicionalidades³⁹. Los efectores, prestadores y financiadores de Gestión Privado sin fines de lucro no podrán percibir fondos nacionales, ni de los establecidos en esta Ley, bajo ningún concepto o modalidad, destinados a cubrir gastos o necesidades de su subsistemas de Salud si no dan cumplimiento a lo dispuesto por esta Ley y lo que disponga la Autoridad de Aplicación.

CAPÍTULO IV

Subsistema de Gestión Privada con fines de Lucro

ARTÍCULO 69 — Composición. Componen el Subsistema de Gestión Privada con fines de Lucro:

- 1) Las empresas contempladas en la Ley 26.682.
- 2) Las Aseguradoras de Riesgo del Trabajo previstas en la Ley 24.557, con excepción de aquellas constituidas como personas sin fin de lucro.
- 3) Toda Institución, efector, prestador o financiador de Salud que tenga fin de lucro.

ARTÍCULO 70 — Principio General. Toda la actividad económica de este subsistema se organizará conforme a la libre iniciativa privada, siempre que no tenga por fin ostensible o encubierto concentrar el mercado, eliminar la competencia, aumentar usurariamente los beneficios o incumplir el espíritu y los objetivos de esta Ley.

ARTÍCULO 71 — Prioridades. Los que actúen como financiadores en el subsistema de Gestión Privada con fines de lucro deben priorizar el

³⁸ Nuevamente se busca fortalecer el primer y segundo nivel estatal, pero también fortalecer el rol prestacional de las Obras Sociales, para que abandonen aunque sea parcialmente su rol de meras financiadoras, en muchos casos. Debe evaluarse el porcentaje con igual criterio al ya señalado para los del sector estatal.

³⁹ Se condiciona no sólo eventuales recursos nacionales destinados a este subsistema sino incluso el acceso a los recursos de los fondos fijados por la Ley.

financiamiento de prestaciones a cargo de efectores propios o de los subsistemas de Gestión Estatal o Privado sin fines de lucro⁴⁰, alcanzando un mínimo del 30% del total de las prestaciones a cargo de los mismos, en el plazo de 3 años, focalizando dicho financiamiento especialmente en la concreción de las metas determinadas en los Artículos 31, 33 y 34.

ARTÍCULO 72 — Carga obligatoria. Las empresas de medicina prepaga deberán cargar obligatoriamente en el Sistema Integrado y Centralizado de Gestión en forma detallada los planes que comercializan con cada uno de los servicios que brindan y a través de la nómina de profesionales, especialistas, clínicas, sanatorios instituciones de diagnóstico de cada especialidad, los que no deberán superar la cantidad máxima de veinte (20) planes con sus respectivos costos finales de cada plan. En caso de requerir una ampliación de dicha cantidad deberán elevar su solicitud de aprobación a la Autoridad de Aplicación, justificando los motivos.

ARTÍCULO 73 — Cuotas con valores diferenciales. En el caso de que una prepaga disponga de cuotas con valores diferenciales por enfermedades preexistentes, el usuario podrá recurrir a la Superintendencia para su revisión en forma on line, la empresa prepaga deberá exhibir perentoriamente la estructura de costos y el Organismo autorizará o determinará el valor de la cuota real. En caso de requerir una ampliación de dicha cantidad deberán elevar su solicitud de aprobación a la nueva Superintendencia, justificando los motivos.

ARTÍCULO 74 — Propósito.⁴¹ Además de lo dispuesto en el Artículo 52 cada aportante al Fondo Estratégico Sanitario disminuirá el porcentaje de su aporte por debajo de lo establecido en el inciso a) del Artículo 50 hasta en un 30% si incorpora en su estatuto uno o más propósitos de mejoramiento de una o más variables del SINSA, fuera de las Metas dispuestas por la Autoridad de Aplicación, o de impacto social verificable a partir del primer año desde la modificación del Estatuto y por todo el tiempo en que dicha empresa acredite

⁴⁰ En términos generales se busca que se destine mayor recursos a la prestación brindada por si (hoy uno de los grandes problemas con OSDE que maneja una cartera de usuarios enorme pero no tiene camas) y que fortalezca el primer nivel y segundo nivel de obras sociales y del estado

⁴¹ La idea de este mecanismo es que la propias empresas incorporen las metas en sus propios estatutos y funcionamientos, ya no haciendo falta forzar su cumplimiento en forma externa, siempre guardando el control de que esas metas se cumplan por parte de la Autoridad.

fehacientemente la mejoría o el impacto propuesto, previa aprobación de la Autoridad de Aplicación, y con su contralor permanente. Los propósitos deberán contar con métricas de evaluación objetivas y verificables por parte de la Autoridad de Aplicación, quien deberá hacer un examen anual de la evolución de ese cumplimiento para que la empresa conserve dicho beneficio.

ARTÍCULO 75 — Grupos Económicos. Los efectores, prestadores y financiadores de Gestión Privada con fines de lucro que integren un mismo grupo económico no podrán duplicar sistemas de atención, estructuras administrativas, o superposición de ganancias, debiendo establecer mecanismos de unificación de sus sistemas operativos y esquemas económicos contables.

ARTÍCULO 76 — Condicionalidades.⁴² Los efectores, prestadores y financiadores de Gestión Privada con fines de lucro no podrán percibir fondos nacionales, ni de los establecidos en esta Ley, bajo ningún concepto o modalidad, destinados a cubrir gastos o necesidades de su subsistemas de Salud, ni serán autorizados por la Autoridad de Aplicación para aumentar el precio de las cuotas que cobren a los usuarios que hayan adheridos, si no dan cumplimiento a lo dispuesto por esta Ley y lo que disponga la Autoridad de Aplicación.

TITULO IV

Sanciones y procedimientos especiales⁴³

ARTÍCULO 77 — Graduación. Los prestadores, financiadores, efectores, personal del sistema o todo operador del mismo puede cometer faltas que pueden ser calificadas como leves, graves o gravísimas, correspondiendo sanciones de mayor o menor importancia en proporción a la falta cometida. Las faltas y sanciones establecidas en este apartado no excluyen otras que pueden tener lugar.

ARTÍCULO 78 — Competencia. La determinación de existencia de falta, el proceso administrativo y la aplicación de sanciones queda a cargo de la

⁴² A las condicionalidades que ya vimos para los otros subsistemas se le agrega que no se le autorizará aumentar las cuotas.

⁴³ Esta es la última pata fundamental de la propuesta, un sistema de cierre con sanciones para los incumplimientos que cada parte tenga con relación al sistema.

Autoridad de Aplicación⁴⁴. Para las faltas que se presuman leves podrá delegar su tramitación y aplicación de sanciones a los integrantes del cuerpo de Auditores, para un caso determinado o para un indeterminado número de casos.

ARTÍCULO 79 — Faltas leves.⁴⁵ Sin perjuicio de otras acciones u omisiones que pudieran resultar sancionables conforme lo disponga la Autoridad de Aplicación y se desprenda de incumplimientos leves a esta Ley, se considerarán faltas leves:

- 1) La carga tardía de información en el Sistema Integrado y Centralizado de Gestión siempre que no comprometa prestaciones o accesos de usuarios.
- 2) No brindar prestaciones o coberturas a los usuarios de su subsistema en tiempo oportuno siempre que no genere daño a la salud de los mismos.

ARTÍCULO 80 — Faltas Graves. Sin perjuicio de otras acciones u omisiones que pudieran resultar sancionables conforme lo disponga la Autoridad de Aplicación y se desprenda de incumplimientos graves esta Ley, se considerarán faltas graves:

- 3) La reincidencia de 5 faltas leves en los últimos 3 meses.
- 4) La carga tardía de información en el Sistema Integrado y Centralizado de Gestión que haya comprometido prestaciones o accesos de usuarios.
- 5) No brindar prestaciones o coberturas a los usuarios de su subsistema en tiempo oportuno siempre que haya generando daño a la salud de los mismos.
- 6) La judicialización innecesaria y evitable por rechazos de cobertura improcedentes siempre que no haya generado daños en la salud de los usuarios.

⁴⁴ La concentración del poder de policía tanto para dar de alta como para sancionar por parte de la Autoridad de Aplicación incluye a organismos como PAMI e Incluir, lo cual elimina el proceder de muchos prestadores que especulan con la necesidad que tienen esos organismos, especialmente en las provincias, de conservar un prestador por riesgo a no tener otro prestador por parte de PAMI o Incluir, lo cual muchas veces hace que no se sancione y no se mejore el sistema. En caso de que eso ocurra, o sea no se pueda prestar el servicio será, quizás, un momento de crisis pero generará nuevas alternativas, nuevos prestadores y nuevas respuestas del sistema.

⁴⁵ Se ponen algunas faltas como ejemplo, se podrían agregar más, sin perjuicio de que son enunciativas y no taxativas.

- 7) El incumplimiento parcial en la actividad de prestadores, financiadores, efectores, trabajadores a las Metas dispuestas por la Autoridad de Aplicación, especialmente respecto a lo previsto en los Artículos 31, 33 y 34.
- 8) Los efectores, prestadores y financiadores de Gestión Privada con fines de lucro que integren un mismo grupo económico y duplicar sistemas de atención, estructuras administrativas, o superposición de ganancias, debiendo establecer mecanismos de unificación de sus sistemas operativos y esquemas económicos contables.
- 9) Los efectores, prestadores y financiadores que no carguen la información de sus contrataciones siempre que las mismas sean de escaso impacto en el SINSa, según lo estipule la Autoridad de Aplicación.

ARTÍCULO 81 — Faltas Gravísimas. Sin perjuicio de otras acciones u omisiones que pudieran resultar sancionables conforme lo disponga la Autoridad de Aplicación y se desprenda de incumplimientos gravísimos de esta Ley, se considerarán faltas gravísimas:

- 1) La reincidencia de 3 faltas graves en los últimos 3 meses.
- 2) La carga tardía de información en el Sistema Integrado y Centralizado de Gestión que haya comprometido prestaciones o accesos de usuarios, derivando en su muerte como consecuencia directa.
- 3) No brindar prestaciones o coberturas a los usuarios de su subsistema en tiempo oportuno siempre que haya provocado en forma directa la muerte de los mismos.
- 4) La judicialización innecesaria y evitable por rechazos de cobertura improcedentes siempre que haya generado daños en la salud de los usuarios.
- 5) El uso fraudulento del Sistema Integrado y Centralizado de Gestión, la comercialización o aprovechamiento de los datos para fines diferentes a los previstos por esta Ley y cualquier maniobra que atente contra el mismo.
- 6) Realizar actividades de salud sin estar Registrado en el Sistema Integrado y Centralizado de Gestión o habiendo sido suspendido.
- 7) La evasión del pago de los aportes que correspondan a cualquiera de los fondos previstos en esta Ley.

- 8) La no adecuación de la actividad de prestadores, financiadores, efectores, trabajadores a las Metas dispuestas por la Autoridad de Aplicación, especialmente respecto a lo previsto en los Artículos 31, 33 y 34.
- 9) Actuar especulativamente para incrementar los costos del sistema.
- 10) Efectores, prestadores, financiadores y demás operadores del subsistema de Gestión privado con fines de lucro que actúen en forma desleal contra otros Subsistemas o efectores, prestadores, financiadores u operadores, o que tiendan a concentrar porciones del mercado en forma anticompetitiva o realicen prácticas monopólicas prohibidas.
- 11) Los efectores, prestadores y financiadores que no carguen la información de sus contrataciones y las mismas sean de grave impacto en el SINSA, según lo estipule la Autoridad de Aplicación.
- 12) Incumplimientos generalizados de las prestaciones del PMO o de los planes prestacionales comercializados u ofrecidos.

ARTÍCULO 82 — Sanciones. Sin perjuicio de la disposición de sanciones para otras faltas no contempladas expresamente en esta Ley corresponderán las siguientes sanciones a las faltas cometidas:

- 1) Las faltas leves podrán ser sancionadas con apercibimiento o multa de hasta 100 cuotas que comercialice el infractor o el 100% del valor de la prestación correspondiente
- 2) Las faltas graves podrán consistir en una multa de hasta el treinta por ciento (30%) de la facturación del ejercicio anterior, teniendo como mínimo el monto establecido como máximo en el artículo anterior. Asimismo podrá imponerse en forma conjunta o separada una suspensión para operar en el sistema hasta por 30 días.
- 3) Las faltas gravísimas podrán consistir en suspensiones para operar en el sistema por el plazo de 30 a 365 días más una multa de hasta el 30% de la facturación del ejercicio anterior.
- 4) La reiteración de faltas gravísimas o las faltas previstas en los incisos 6, 7, 8 y 9 del Artículo 79 implicarán la baja definitiva del sistema del infractor⁴⁶.

⁴⁶ Este punto es esencial, la baja o suspensión implica la imposibilidad de actuar con cualquier otro operador del sistema, sea cual sea el subsistema, generando un incentivo a no incurrir en faltas gravísimas por parte de todos los jugadores ya que queda fuera de todo.

En los casos donde se prevea la suspensión temporaria o la baja definitiva la Autoridad de Aplicación establece y organiza un mecanismo de reemplazo del operador suspendido o dado de baja para no afectar la prestación a los usuarios correspondientes.

Según la gravedad y afectación al Sistema que se determine por la Autoridad de Aplicación puede extenderse la sanción a prestadores, financiadores, efectores y demás operadores que formen parte de un mismo grupo económico o de todo el grupo económico empresarial.

La aplicación de sanciones para actuar en un subsistema implica el mismo efecto para el resto de los subsistemas, en el caso de las suspensiones y bajas las mismas regirán para todo el sistema de Salud.

ARTÍCULO 83 — Alertas automáticas. La Autoridad de Aplicación podrá establecer en el Sistema Integrado y Centralizado de Gestión algoritmos para que se activen alertas automáticas ante la aparición de acciones, omisiones o patrones que puedan evidenciar la existencia de faltas sancionables por parte de los operadores del sistema, las cuales pueden dar lugar al inicio de las correspondientes actuaciones de investigación.

ARTÍCULO 84 — Reglas generales — El proceso donde tramitará la sanción se regirá en forma subsidiaria por lo dispuesto por la Ley 19.549, conforme las siguientes reglas:

- a) El procedimiento deberá asegurar el cumplimiento efectivo de lo contemplado en esta Ley, el adecuado derecho de defensa del acusado, debido proceso, y deberá contar con una resolución debidamente motivada.
- b) Se podrá disponer una investigación inicial secreta por un plazo no mayor a 90 días.
- c) Se podrá suspender preventivamente al acusado por acto motivado, siempre que exista causa grave que ponga en riesgo las condiciones de eficiencia, eficacia y calidad de los usuario comprometidos o el funcionamiento del Sistema o parte de él, por un plazo no mayor a 30 días, prorrogables por igual plazo mientras se mantenga el riesgo indicado. Para disponer otras medidas más graves deberá requerirse las mismas judicialmente por parte de la Autoridad de Aplicación.

- d) Se le dará un traslado por 10 días para defensa al acusado con toda la prueba existente hasta ese momento, debiendo constituir este domicilio electrónico para que se efectúen las notificaciones.
- e) Presentada o no la defensa se instruirá sumario por un plazo no mayor a 30 días, procediendo a producir la prueba ofrecida por la acusación y por la defensa, salvo que sea necesario adjuntar prueba compleja, lo cual deberá ser determinado específicamente por la Autoridad de Aplicación.
- f) Cerrada la etapa probatoria el acusado podrá alegar en un plazo de 5 días desde la notificación, momento en el cual quedará la actuación para resolver.
- g) La resolución no podrá exceder el plazo de 10 días y será notificada al acusado.
- h) Tendrá un plazo de 30 días para apelar la decisión ante la Cámara Federal correspondiente a su domicilio, previo depósito del importe correspondiente de las multas que se estén impugnando.

TITULO V

Formación de trabajadores de la Salud

ARTÍCULO 85 — Planificación y apertura de cupos de formación⁴⁷ — Atendiendo a la Información obrante en el Sistema y los principios que lo rigen según esta Ley la Autoridad de Aplicación dispondrá en forma anual la apertura de cupos de formación para todos y cada uno de los profesionales y técnicos de la salud, estableciendo los mecanismos y procedimientos de evaluación en forma conjunta y coordinada con las diversas autoridades de cada jurisdicción. La Autoridad de Aplicación tendrá a su cargo la planificación y ejecución de todo el sistema de evaluación de los trabajadores de la salud, sin perjuicio de las prácticas y actividades de formación que se den en los diferentes operadores del Sistema de Salud.

La Autoridad de Aplicación podrá establecer incentivos o cupos a fin de promover la formación profesional o técnica que el Sistema Requiera.

⁴⁷ Este es el último punto estratégico que debe ser comprendido en un sistema que se pretenda integral, la rectoría efectiva sobre cuáles son los recursos humanos que actuarán en el sistema, con la correspondiente consideración de las particularidades de cada región.

TITULO VI

Disposiciones complementarias⁴⁸

⁴⁸ En este apartado deberán modificarse o derogarse los artículos de las leyes que correspondan para poder aplicar el nuevo sistema, permitir la concentración de competencias en cabeza de la Autoridad de Aplicación que antes estuvieran en otros organismos (por ejemplo la capacidad de auditoria de pami, de la superintendencia de servicios de salud, etc), derogación del fondo solidario de redistribución de la Ley de Seguro de Salud. También poner allí los mecanismos para que la recaudación y entrega de fondos se haga de manera automática a la Autoridad de Aplicación. Ver art. 7 SIPA. Deberán modificarse por lo menos las leyes de obra social, seguro de salud, Riesgo del Trabajo, Prepagas. También se puede colocar el artículo de invitar a adherir a las provincias. Por otra parte podría ponerse un artículo que disponga que todos los reclamos judiciales que se efectúen cuestionando los montos de aportes que tiene que efectuar cada financiador y o prestador sólo serán procedentes si el prestador y financiador cumple con los aportes correspondientes para el funcionamiento del sistema.

Establecer legalmente el procedimientos de control para la autorización de valores diferenciales para la admisión de enfermedades preexistentes, transferencia de usuarios en caso de quiebra, cierre o cesación de actividades, reformando la ley de prepagas.

Cláusula que aclare que cada efector, prestador, financiador u operador mantiene los empleados a su cargo con el mismo régimen jurídico, sin que la creación del SINSA signifique relación de dependencia alguna.