

# **ÍNDICE DEL PROYECTO DE LEY SISTEMA INTEGRADO DE SALUD ARGENTINO**

**Lucas Gómez Portillo**

## **TITULO I - Sistema Integrado y Nacional de Salud Argentino**

**CAPÍTULO I - Aspectos Generales**

**CAPÍTULO II - Autoridad de Aplicación**

**CAPÍTULO III - Consejo Consultivo**

**CAPÍTULO IV - Mecanismos de control**

**CAPÍTULO V - Metas Sanitarias**

## **TITULO II -Financiamiento**

**CAPÍTULO I - Mecanismos de financiamiento**

## **TITULO III - Subsistemas**

**CAPÍTULO I - Aspectos comunes**

**CAPÍTULO II - Subsistema de Gestión Estatal**

**CAPÍTULO III - Subsistema de Gestión Privada sin fines de Lucro**

**CAPÍTULO IV - Subsistema de Gestión Privada con fines de Lucro**

## **TITULO IV - Sanciones y procedimientos especiales**

## **TITULO V - Formación de trabajadores de la Salud**

## **TITULO VI - Disposiciones complementarias**

## RESUMEN ANALÍTICO

### TITULO I - Sistema Integrado y Nacional de Salud Argentino

#### Aspectos constitucionales:

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 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.

**Estructura propuesta:**

Se anticipa que la propuesta que se efectúa tiene, por lo menos, cinco 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, direccionada a las Metas sanitarias y 4) Los mecanismos de Sanción e Incentivos, 5) La Formación del personal de Salud.

La propuesta es sistémica e intenta abordar en forma articulada los principales problemas que existen hoy en el sistema de salud, especialmente su fragmentación, su falta de calidad e inequidad, creando un gran organismo regulatorio, que deberá ejecutar las Metas sanitarias a las que deberá alinearse todo el sistema, con un sistema de control de la información con herramientas tecnológicas que desplace ese insumo esencial de las manos de los operadores del sistema, con equipos de auditoría en territorio, con un sistema sancionatorio más rígido y atado al cumplimiento de las Metas.

Por último se propone la concentración en manos de dicho Organismo de las competencias nacionales vinculadas con la formación y capacitación del personal de salud.

Esta propuesta no desarticula lo ya existente ni, en principio, implica, necesariamente grandes pérdidas del poder que cada parte tiene sobre su sector o campo de interés, pero asegura avanzar en una mayor rectoría multidimensional que favorezca un uso más eficiente y adecuado de los recursos existentes (que son muchos), entendiendo por ello la reasignación progresiva de los mismos a favor de los menos favorecidos, pero a su vez integrando a quienes mejores recursos tienen en un sistema de mejor atención, que al mediano plazo puede ser más económico para sus bolsillos.

La estrategia principal se basa en integrar no solo los sistemas sino, principalmente, las personas que se atienden en cada sistema, generando estructuras de atención y seguimiento integradas, con bocas de ingreso al sistema lo más unificadas posibles, intentando resolver no sólo los problemas de acceso que tienen muchas personas a la atención sanitaria de calidad sino de quienes pagan por ello recibiendo un servicio visiblemente malo.

El propósito es generar retroalimentaciones virtuosas dentro de cada subsistema y entre ellos, para ir orientando el sistema a un lugar inclusivo, eficiente, efectivo y de calidad, y siempre con una impronta federal, asegurando la presencia del Estado Nacional en todo el territorio.

También se busca una resolución lo más integral posible del Alto Costo / Bajo impacto y la contingencia de situaciones extraordinarias como una pandemia.

## **CAPÍTULO I - Aspectos Generales**

En este capítulo se crea *“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 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.”*

Entre los objetivos y las definiciones se incorporan casi textualmente los principios extraídos de la Observación General n° 14 del Comité del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales.

Se deja establecido desde el inicio que esta Ley comprende a todos los financiadores y prestadores del sistema de salud, incluyendo expresamente a PAMI, Incluir Salud, Obras Sociales, Prepagas, ART, etc.

## **CAPÍTULO II - Autoridad de Aplicación**

Se crea 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, compuesta por un presidente y tres vocales (que pueden ser a su vez encargados de la regulación de cada subsector), con una duración en su mandato de 5 años. Su elección es efectuada por el Ejecutivo.

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. La Autoridad de Aplicación debe 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.

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.

Tiene facultades regulatorias muy fuertes.

### **CAPÍTULO III - Consejo Consultivo**

Consejo Consultivo para la Integración del Sistema de Salud Nacional Argentino. Sus miembros son ad honorem. Tiene funciones de asesoramiento de la Autoridad y ante este organismo debe presentarse un informe semestral sobre el estado de la salud nacional, entre otras competencias.

Su composición es diversa, lo preside el Ministro de Salud Nacional y se colocan miembros de todos los sectores en juego y de las provincias.

Asegura que la publicidad de la información del sistema sanitario se garantice.

### **CAPÍTULO IV - Mecanismos de control**

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 crea un sistema informático residente en una nube y servidores de propiedad del Estado de la Nación Argentina, asegurando su pleno dominio y medidas de ciberseguridad

Se encuentra prohibido a las autoridades brindar información a organismos internacionales, terceros, o comerciar con dicha información.

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.

Otro de los principales problemas relacionados con el control es el de la falta de sistemas de **auditoría en terreno** eficientes. Si bien este problema 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 km<sup>2</sup> 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. Debería ser como mínimo de xxx cantidad de auditores especializados por cada xxx habitantes existentes en un área geográfica de xxx km<sup>2</sup>, para efectuar el control de la eficiencia, eficacia, calidad y demás principios rectores.

## **CAPÍTULO V - Metas Sanitarias**

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 mecanismo 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 siguió operando con sus intereses y esto llevó a que ante la destrucción durante los cuatro años de macrismo el sistema se haya vuelto totalmente 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 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.

Dentro de las metas se pone como parámetro el cumplimiento de la legislación existente. 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.

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.

Dentro de las Metas establecidas en la propia Ley está la de **Sistema de Población a Cargo**, el cual establece que se debe 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 Km<sup>2</sup>, 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 sistema 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.

Además la Autoridad de Aplicación debe favorecer la celebración de acuerdos entre los diversos prestadores, efectores, financiadores y demás 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. La idea es que construidos los grandes objetivos los diversos operadores se relacionen con cierta flexibilidad para alcanzarlos. 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.

Asimismo se debe 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 Km<sup>2</sup>.

Se agrega un estándar vinculado con el plan de los 1000 días para cubrir servicios y prestaciones durante el embarazo y en el control pediátrico posterior.

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.

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 uso 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.

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, al igual que un piso de exigencia para embarazo y cuidado pediátrico, así como cualquier prestación o servicio que se considere imprescindible.

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.

## **TITULO II -Financiamiento**

### **CAPÍTULO I - Mecanismos de financiamiento**

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 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.

El primero de ellos, el **Fondo Compensador Federal e Integral**, 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.

El Fondo Compensador Federal e Integral se compondrá por:

- a) Un aporte periódico de todos los financiadores<sup>1</sup> 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 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

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

---

<sup>1</sup> Solo se incluyen financiadores.

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.

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.

El Fondo de Altos Costos Médicos se compondrá por:

- a) El 3% del total de lo recaudado durante el año en curso por las financiadoras<sup>2</sup> 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

Deberá evaluarse el porcentaje que sea adecuado.

Se agrega una cláusula de que los **reclamos judiciales**<sup>3</sup> 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

---

<sup>2</sup> Sólo se incluyen financiadoras.

<sup>3</sup> 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.

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 Fondo de Alto Costo.

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

El tercero es 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 Sistema por la producción de situaciones extraordinarias e imprevisibles que generen impacto en el Sistema de Salud, tales como terremotos, incendios, pandemias, entre otros.

El Fondo Anticíclico para Catástrofes se compondrá por:

- a) El 0.5% del total de lo recaudado durante cada año por las financiadoras y prestadoras<sup>4</sup> 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

Debe evaluarse técnicamente el monto para lograr el fin propuesto.

El último es 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 Sistema.

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

---

<sup>4</sup> Al ser posibles futuros beneficiarios se agrega a los prestadores, además de los financiadores como en los otros fondos.

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.

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.<sup>5</sup>
- 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

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

Se ata específicamente el uso de este último fondo al cumplimiento de las metas establecidas por la ley o que luego determine la Autoridad de Aplicación, priorizando el fortalecimiento del primer nivel con el sistema de población a cargo y la integración de estructuras entre los operadores, sin importar de que subsistema vienen.

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

---

<sup>5</sup> Al ser directos beneficiarios se agrega a los prestadores, además de los financiadores como en los otros fondos.



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.

Debe pensarse que para sostener los gastos de funcionamiento de la Autoridad de Aplicación debería o crearse otro fondo o fijar un porcentaje sobre todos los fondos o sobre algunos de ellos. Quizás resulte interesante atar el porcentaje para sostener a la Autoridad con la finalidad de unir su capacidad a la importancia de esos recursos que genera el propio sistema, mientras crezca más dinero tendrá el fondo así como hará que le de cierta racionalidad al sistema.

### **TITULO III - Subsistemas**

#### **CAPÍTULO I - Aspectos comunes**

Se postula un sistema integrado reconociendo los diferentes subsistemas, 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.

Se postula la intención de avanzar en convenios entre todos los subsistemas y especialmente en la compra de medicamentos.

Se dispone un **Registro Único de Financiadores y Prestadores** donde 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.

Además se dispone que todos los prestadores, efectores, financiadores y demás operadores de todos los subsistemas del SINSA deben **registrar, en el Sistema Integrado y Centralizado de Gestión (el sistema informático en manos centralizadas de la Autoridad) 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.

Se dispone que **todos los prestadores, efectores, financiadores y demás operadores se encontraran regidos por la Ley de Acceso a la información Pública**<sup>6</sup> 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.

Asimismo se propone que 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.

## **CAPÍTULO II - Subsistema de Gestión Estatal**

Componen el Subsistema de Gestión Estatal<sup>7</sup>:

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

---

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> 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.

Se propone que 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<sup>8</sup>% en el plazo de 3 años, focalizando dicho financiamiento especialmente en la concreción de las metas determinadas respecto a la atención primaria y secundaria dispuesta por la Ley.

Se fomenta la **compra centralizada de medicamentos** por la Autoridad de Aplicación

Se centraliza en la Autoridad de Aplicación la competencia para establecer 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<sup>9</sup>.

Por último se **condiciona** a los efectores, prestadores y financiadores de Gestión Estatal provincial o municipal, y los Estados Provinciales y Municipales de no poder percibir fondos nacionales, ni de los establecidos en la 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 la Ley y lo que disponga la Autoridad de Aplicación.

### **CAPÍTULO III - Subsistema de Gestión Privada sin fines de Lucro**

Componen el Subsistema de Gestión Privada sin fines de Lucro<sup>10</sup>:

- 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.

Se establece que los que 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**

---

<sup>8</sup> Evaluar cuál es el % adecuado.

<sup>9</sup> 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.

<sup>10</sup> 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.

**subsistema de Gestión Estatal**<sup>11</sup>, 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.

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**

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.

Se establece que deben priorizar el financiamiento de prestaciones a cargo de **efectores propios o de los subsistemas de Gestión Estatal o Privado sin fines de lucro**<sup>12</sup>, alcanzando un mínimo del 30% del total de las prestaciones, para fortalecer el primer y segundo nivel según las metas de la ley.

Dispone que 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

---

<sup>11</sup> 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.

<sup>12</sup> 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, además de integrar financiamiento+prestación. El % se debe definir en base al objetivo propuesto y la posibilidad de negociar apoyos.

requerir una ampliación de dicha cantidad deberán elevar su solicitud de aprobación a la Autoridad de Aplicación, justificando los motivos.

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.

Además de lo dispuesto para el Fondo Estratégico Sanitario disminuirá el porcentaje de los aportes de los privados con fines de lucro por debajo de lo establecido en la ley hasta en un 30% si incorpora en su estatuto uno o más propósitos de mejoramiento de una o más variables del Sistema, 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 fehacientemente la mejoría o el impacto propuesto. La idea de este mecanismo es que las 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.

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.

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

#### **TITULO IV - Sanciones y procedimientos especiales**

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.

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.

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

Como esencial se marca la incorporación de la Ley de que la baja o suspensión por algún incumplimiento en cualquiera de los subsistemas implica la imposibilidad total 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.

### **TITULO V - Formación de trabajadores de la Salud**

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, concentrado Nacionalmente en la Autoridad de Aplicación.

### **TITULO VI - Disposiciones complementarias**

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.

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.