

LEY DE FORTALECIMIENTO FINANCIERO DE LA RED PÚBLICA ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD

CAPITULO I

OBJETO

Art. 1º.- El presente proyecto establece el fortalecimiento financiero de la red pública estatal nacional, provincial y municipal de los servicios para el cuidado integral de la salud mediante la transferencia de fondos nacionales a esas jurisdicciones, en el marco de la emergencia sanitaria de nuestro país. La inversión consolidada de la Nación, las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en Atención Pública de la Salud, debe alcanzar como mínimo el 5 % del PBI nacional en el año 2015.

Art. 2º.- Los Objetivos de esta Ley son:

a) Fortalecer el rol indelegable del Estado Nacional como garante del derecho a la Salud, entendido como derecho humano fundamental para el conjunto de los habitantes de nuestro país.

b) Promover la universalidad en la accesibilidad y calidad de las acciones del cuidado integral de la Salud para el conjunto de los habitantes de nuestro país.

c) Jerarquizar el lugar de los/as usuarios/as, de los/as trabajadores/as de la Salud y sus organizaciones, en la definición de políticas y estrategias del sector salud, en base a las necesidades, situaciones y prioridades epidemiológicas que involucran a personas y colectivos sociales en nuestro país.

d) Garantizar la gratuidad en el acceso a la red de servicios públicos estatales de nuestro país, incluyendo el acceso a medicamentos, vacunas y productos médicos de acuerdo a los principios de uso apropiado de los mismos, suprimiéndose todo tipo de pago directo por parte de todos los habitantes de nuestro país.

e) Consolidar una efectiva articulación de la red público-estatal de servicios de salud de toda la República Argentina desde una perspectiva interdisciplinaria, interjurisdiccional e intersectorial, en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud para todos los niveles de atención.

f) Desarrollar nuevos dispositivos de cuidado de la salud que contemplen el abordaje de problemáticas complejas, tales como las enfermedades crónicas, el consumo problemático de sustancias legales e ilegales y otras adicciones, la discapacidad y diferentes situaciones de padecimiento mental, integrándolos a la red general de servicios de salud de la red público-estatal de cuidado de la Salud.

g) Mejorar las condiciones laborales y salariales de los/as trabajadores/as de la salud en todos los ámbitos, niveles y jurisdicciones del sistema público de Salud, corrigiendo las inequidades existentes bajo el principio constitucional de por "igual tarea-igual remuneración" y promoviendo la estabilidad laboral y la eliminación progresiva de toda forma de contratación precaria y de tercerizaciones.

h) Fortalecer la formación y actualización permanente de los/as trabajadores/as de todas las especialidades, modalidades, ámbitos, niveles y jurisdicciones de la red público-estatal de servicios de salud de la República Argentina.

i) Incrementar la inversión en infraestructura y en equipamiento de los hospitales, centros de Salud y otros establecimientos que integran la red público estatal de servicios de Salud, considerando una recuperación como mínimo del 50 % de la capacidad instalada referida a las condiciones de habilitación edilicia y de servicios generales establecidas en cada jurisdicción, y a las condiciones tecnológicas de obsolescencia o disfuncionalidad en el equipamiento estándar para cada nivel de complejidad.

j) Promover una carrera sanitaria con criterios homogéneos para todos los/as trabajadores/as de salud de nuestro país en el sector público.

k) Propiciar la opción para los/as trabajadores/as de los servicios públicos estatales de salud de nuestro país de un sistema de dedicación exclusiva con el correlato salarial correspondiente.

CAPITULO II FINANCIAMIENTO

Art. 3º.- El presente aumento de la inversión en Salud será financiado con fondos del Presupuesto Nacional, sin que en ningún caso las jurisdicciones que adhieran a la presente ley puedan disminuir su contribución en relación al presupuesto promediado en salud de los últimos tres años a valor constante.

El incremento del presupuesto para el financiamiento de la Atención Pública de la Salud no modifica la obligatoriedad de los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud y de las Empresas de Medicina Prepaga de pagar las prestaciones realizadas a sus respectivos afiliados y asociados según la normativa vigente.

Art. 4º.- La asignación de los fondos derivados del aumento de la inversión en Atención Pública de la Salud dispuesto por la presente ley no podrá ser directa ni indirectamente destinada a contratar servicios tercerizados bajo ninguna forma jurídica.

Art. 5º.- Coeficientes de Distribución. La autoridad de aplicación confeccionará, para la reglamentación de esta ley, un coeficiente de distribución entre las distintas jurisdicciones que abarcará la totalidad de los

recursos afectados al presente programa, y que se actualizará anualmente, de acuerdo a los siguientes parámetros de cada jurisdicción:

- a) Participación demográfica de cada jurisdicción
- b) Perfil epidemiológico de la población
- c) Perfil epidemiológico ambiental de cada jurisdicción
- d) Participación proporcional de la población por debajo de la línea de pobreza
- e) Participación proporcional de la población por debajo de la línea de indigencia

Art. 6º.- El Ministerio de Salud de la Nación, será la autoridad de aplicación de la presente ley.

Art.7º.- Ante el incumplimiento de las obligaciones que se derivan de la presente ley, por parte de las provincias o Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el Ministerio de Salud, en consulta con el Consejo Federal de Salud, suspenderá las transferencias de los fondos asignados hasta tanto se cumplimenten las condiciones establecidas en el convenio respectivo entre la jurisdicción y el Gobierno Nacional.

Quedan exceptuadas de lo dispuesto por el párrafo precedente las transferencias destinadas al Fondo Nacional de Compensación Salarial del Trabajador/a de la Salud, creado por el artículo 9º de la presente ley.

CAPITULO III

CONVENIOS CON LAS JURISDICCIONES

Art.8º.- El Ministerio de Salud de la Nación, en su carácter de autoridad de aplicación de la presente ley, llevará a cabo convenios bilaterales con las jurisdicciones que adhieran a la misma, en los que se consensuarán anualmente las líneas estratégicas, las acciones programáticas y las metas a cumplir por cada jurisdicción. Estos convenios deberán incluir indefectiblemente mecanismos de monitoreo de la eficacia y eficiencia en la gestión de los recursos, con participación de la comunidad y organizaciones de trabajadores del sector con referencia a los objetivos establecidos en el artículo 2º y de la asignación por las variables definidas en el artículo 5º de la presente ley. La planificación y la formulación de acciones se destinarán exclusivamente al fortalecimiento de los hospitales y centros de salud y a otros dispositivos de salud público-estatales incluyendo:

- a) La consolidación de mecanismos de articulación efectiva, bajo el formato de redes locales, regionales y nacionales de complementariedad de los hospitales y centros de salud público- estatales.
- b) La creación de nuevos dispositivos y el fortalecimiento de aquellos existentes que contemplen equipos interdisciplinarios que aborden el cuidado, promoción y rehabilitación de la salud de la población en los

barrios, incorporando acciones intersectoriales para el abordaje de los condicionantes sociales y medioambientales que actúen en detrimento de la salud, creando los mecanismos para la participación de la comunidad en su definición y abordaje.

- c) El desarrollo de nuevos dispositivos y el fortalecimiento de aquellos existentes que contemplen el abordaje interdisciplinario e intersectorial de personas que atraviesan situaciones de consumo problemático de drogas legales e ilegales y otras adicciones, o con diferentes formas de padecimiento mental, que se adecuen a estándares nacionales e internacionales de inclusión social y derechos humanos.
- d) El desarrollo de nuevos dispositivos y el fortalecimiento de aquellos existentes que contemplen el abordaje interdisciplinario e intersectorial de personas que presentan padecimientos crónicos, propiciando la mayor autonomía posible y la conservación y desarrollo de lazos sociales familiares y comunitarios, desde una perspectiva de inclusión y no discriminación.
- e) La incorporación de trabajadores/as de la salud de distintas disciplinas, y la formalización de las relaciones laborales, según las necesidades de cada jurisdicción.
- f) La opción de incorporarse a programas de Atención Pública de la Salud con la modalidad de dedicación exclusiva, para los trabajadores con cargos actuales de dedicación parcial y para los que ingresen a hospitales y centros de salud público-estatales, con remuneración acorde a dicha dedicación laboral.
- g) El desarrollo de estrategias y acciones de capacitación de los/as trabajadores/as de la salud pública, privilegiando las propuestas de formación y educación continua, interdisciplinarias y en servicio, que contemplen la complejidad de las problemáticas en salud y los desafíos de la interculturalidad e integralidad en los abordajes interdisciplinarios e intersectoriales.
- h) El desarrollo de infraestructura y la incorporación de tecnología apropiada a la planificación estratégica consensuada.

Art.9º.- A los fines de firmar los convenios referidos en el artículo 7º de la presente ley, las jurisdicciones deberán cumplir ineludiblemente con los siguientes requisitos:

- a) Asegurar la absoluta gratuidad en el acceso de toda la población al sistema público de salud de su jurisdicción. No se admitirán jurisdicciones que mantengan el arancelamiento en sus hospitales o centros de salud públicos, aún en los casos en que estuvieran establecidos sistemas de evaluación de capacidad de pago para exceptuar del arancel. El presente requisito no incluye el cobro a terceros pagadores (seguros, prepagas, obras sociales) que podrá seguir realizándose sin que ello implique en ningún caso la exclusión de la asistencia a ningún ciudadano.
- b) No disminuir el presupuesto asignado a la atención Pública de Salud ni las erogaciones devengadas, sin que en ningún caso las jurisdicciones que

adhieran a la presente ley puedan disminuir su contribución en relación al presupuesto promediado en salud de los últimos tres años a valor constante.

c) Fortalecer la formación y actualización permanente de los/as trabajadores/as de todas las especialidades, modalidades, ámbitos y niveles de su jurisdicción, propiciando la adecuación a la diversidad y complejidad de las problemáticas de la población asistida.

d) Asegurar a todos/as los/as trabajadores/as de la salud que se desempeñen en las distintas jurisdicciones de nuestro país un salario mínimo inicial que, garantice el principio constitucional de "igual trabajo, igual salario" que en ningún caso podrá ser inferior al estipulado en ámbito paritario nacional. En caso de ser necesario para cumplir con dicho requerimiento, podrá acceder a los aportes del Fondo Nacional de Compensación Salarial del Trabajador/a de la Salud creado por la presente Ley.

e) Adecuar las respectivas plantas orgánicas de los establecimientos sanitarios a fin de asegurar la atención de las necesidades de la población.

f) Crear un Consejo de seguimiento de la aplicación de la presente ley con participación de la comunidad y de los trabajadores de la salud.

CAPITULO IV

FONDO DE COMPENSACIÓN SALARIAL DEL TRABAJADOR DE LA SALUD

Art. 10º.- Crease el Fondo Nacional de Compensación Salarial del Trabajador de la Salud, cuyo objetivo será contribuir a la compensación de las desigualdades en el salario inicial de los trabajadores del sector.

Se destinará a garantizar el cumplimiento de lo establecido por el artículo 9º en aquellas jurisdicciones en las cuales a pesar del esfuerzo financiero destinado al sector, y de las mejoras de la eficiencia en la asignación de los recursos, no resulte posible superar dichas desigualdades.

El Poder Ejecutivo Nacional deberá transferir a las Provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los fondos necesarios para el cumplimiento de lo establecido en el párrafo precedente, previa validación de la necesidad por parte del Consejo Federal de Salud (COFESA).

Art. 11º.- El Ministerio de Salud de la Nación juntamente con el Consejo Federal de Salud (COFESA) y las organizaciones gremiales con representación nacional que agrupen a los trabajadores de la salud del sector público, con la participación de los ministerios de Trabajo y de Economía convocará a una Mesa Paritaria Nacional de Salud, la que deberá incluir pautas generales referidas a:

a) establecer las bases para la creación de una carrera sanitaria nacional con criterios homogéneos para todas/os las/os trabajadoras/es que se desempeñan en el sector público estatal de salud argentino.

b) fijar el salario mínimo inicial para los trabajadores de la salud de todo el país, así como el salario de residentes nacionales y trabajadores de programas dependientes de manera directa del ministerio de salud garantizando el principio constitucional de "igual tarea igual salario".

c) asegurar la estabilidad laboral y la eliminación de las formas precaria y flexible en los mecanismos de contratación laboral.

d) acordar condiciones y derechos laborales para los/as trabajadores/as de todas las jurisdicciones.

CAPITULO V DISPOSICIONES VARIAS

Art.12º.- A los efectos de dotar de una mayor transparencia a la gestión pública, la estructura programática de los presupuestos anuales de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires deberá reflejar en forma separada la asignación de los recursos transferidos en virtud de la presente ley, de modo de facilitar su seguimiento, monitoreo y evaluación en los términos que establezca la reglamentación de la presente ley.

Esta información deberá estar disponible públicamente en sus páginas web durante el año de ejecución presupuestaria, para corroborar el cumplimiento de los objetivos y requisitos establecidos en la presente ley.

Asimismo, la información referida tanto a las metas anuales, como a las metodologías, los resultados de las evaluaciones de cumplimiento de las mismas y los recursos invertidos en las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, será de amplio acceso y difusión pública. A tal fin, en los convenios bilaterales a los que se refieren en los artículos 7º y 8º, se establecerán los mecanismos e instrumentos mediante los cuales dicha información será puesta a disposición de la sociedad.

Art.13º- El incremento en el gasto originado en el cumplimiento de la presente norma queda excluido del cálculo para el cumplimiento de los requisitos de la ley de responsabilidad fiscal 25.917.

Art.14º.- Invitase a las Provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a la presente ley.

Art.15º.- De forma.

FUNDAMENTOS

Señor presidente:

Este proyecto que hoy presentamos se inscribe en el reconocimiento del Derecho a la Salud como uno de los derechos humanos fundamentales

consagrado constitucionalmente a partir de Declaraciones, Protocolos, Convenciones y Pactos internacionales que nuestro país ha ratificado e incorporado expresamente en el artículo 75, inciso 22 de nuestra Constitución Nacional, a partir de la reforma del año 1994.

El Proyecto reconoce entre sus antecedentes el Proyecto de Ley de "Creación del Programa Nacional de Fortalecimiento Financiero de la Red Pública Estatal de Servicios de Cuidado de la Salud", presentado del 2006 por los Diputados Gorbacz y otros, (5994-D- 2006), representado en el año 2008 (Expediente 0516-D-2008), y , presentado con modificaciones en el año 2010 (Expediente 7862-D-2010) por los Diputados Macaluse, y otros y presentado con modificaciones en el año 2012 por la Diputada Graciela Iturraspe y otros (Expediente 7349-D-2012)

Asimismo se ha enriquecido y reformulado con los aportes recibidos en estos años de referentes del campo de la salud y de la economía, de organizaciones gremiales y de otras organizaciones sociales, entre las que destacamos los aportes del Área de Salud de la Central de Trabajadores Argentinos, del Área de Salud del Instituto de Estudios sobre Estado y Participación (IDEP) de la Asociación de Trabajadores del Estado y la Federación de Profesionales de Salud de la Republica Argentina.

Cabe señalar que la Emergencia Sanitaria que entendemos continúa atravesando nuestro país, con indicadores de salud de la población, tales como la mortalidad infantil: se trata de una de las situaciones más dolorosas que puede atravesar una familia, y que es solo parcialmente reflejada en indicadores, como la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI):¹ Señalamos este indicador como uno de los más significativos de la situación socio-sanitaria de un país, una región, una comunidad. Si bien esta tasa ha disminuido en forma relevante en las últimas décadas, el ritmo de descenso es insuficiente para nuestro país y en el contexto latinoamericano.

La tasa de mortalidad infantil en nuestro país de 11,1/cada 1000 niñ@s recién nacido vivos para el año 2012, según información de la Dirección Nacional de Estadísticas y Censos del Ministerio de Salud de la Nación. Según información de dicha Dirección, más del 60 % de estas muertes, son "reducibles". Ello implica en términos reales de vidas, que en el año 2012 de los 8.227 niñ@s recién nacidos que fallecieron antes del año de vida, más de 4.900 de estos niños podrían haber sobrevivido con condiciones adecuadas - no sofisticadas - materiales de vida socio-ambientales-sanitarios, según estadísticas oficiales. Si bien esta crónica habla por sí misma, cobra aún mayor relevancia, cuando consideramos la enorme inequidad al interior de nuestro país, cuando la TMI en Formosa triplica la de Tierra del Fuego. O sea, que la posibilidad de un niñ@ de sobrevivir al año de vida es casi tres veces mayor si nació en ciudad de Buenos Aires o Tierra del Fuego que si nació en el NOA ó NEA de nuestro mismo país. A su vez, las desigualdades se replican al interior de cada

¹ Estadísticas Vitales. Información básica 2012. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Diciembre de 2013. ISSN 1668-9054

provincia, de cada departamento, ²en una asociación muy directa entre condiciones materiales de vida y mortalidad infantil. En el contexto latinoamericano, sostenemos tasas de mortalidad infantil mayores que Cuba, Chile, Uruguay, Costa Rica, entre otros.

En relación al estado nutricional, registramos un aumento la **malnutrición**, lo que implica sumar a la desnutrición, hasta un 18% de la población con obesidad y más del 35 % de las personas con sobrepeso. En relación a otros problemas o enfermedades crónicas³, como hipertensión arterial (34,8 %), colesterol elevado (29,1 %), diabetes (9,6 %) , los estudios señalan asociación con situación socio-económica y acceso a servicios de salud para detección precoz. En relación a enfermedades como la tuberculosis⁴, con 9.000 a 10.000 casos notificados por año en nuestro país, la afectación involucra particularmente a personas entre 20 y 35 años, con situación socioeconómica precaria.

Asimismo, la Emergencia Sanitaria establecida por el **Decreto 486 del Poder Ejecutivo en el año 2002**, continúa vigente en términos legales - **Ley Nacional N° 26.896** - hasta diciembre del año 2015, lo cual es un reconocimiento explícito de la crisis que usuarios y trabajadoras/es de la salud atravesamos.

En este marco, el Estado Nacional debe ser garante del Derecho a la Salud para todos los ciudadanos. Para cumplir adecuadamente con ese rol es necesario revertir progresivamente la inequidad, tanto en términos de las determinaciones sociales del proceso salud- enfermedad, como en la accesibilidad al cuidado integral de la salud.

La historia de nuestro país, a partir de la dictadura militar de 1976 y del modelo neoliberal que se consolidara en las décadas siguientes, recorre el camino inverso de la mano de las concepciones de la globalización contemporánea. El modelo político-económico- social y cultural hegemónico se tradujo en una profunda regresión en la distribución del ingreso y en el deterioro de las condiciones de vida y trabajo de nuestro pueblo, al mismo tiempo que el Estado se retiraba de su rol de garante de derechos sociales básicos.

Este proceso tuvo múltiples implicancias tanto en la situación de salud como en el acceso a su debido cuidado, considerando que ambos estaban fuertemente ligados al empleo. Es necesario recordar que mientras los indicadores de desocupación y trabajo informal no superaban un dígito en las décadas de los '50 y los '60.

² Observatorio de la Mortalidad Infantil en Argentina - Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas (FBCB) Universidad Nacional del Litoral (UNL) Santa Fe, Argentina

³ Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación, 2011

⁴ Bossio Jc, Arias SJ, Fernández Hr. Tuberculosis en Argentina: desigualdad social y de género. Salud colectiva. 2012;8(Supl 1):S77-S91.

Desde esta perspectiva, los indicadores de salud/enfermedad señalan asociaciones significativas entre los riesgos de enfermar y morir prematuramente y las diferentes formas de desafiliación social, a partir de la pobreza o la indigencia, a través de situaciones laborales precarias o inexistentes, en el marco del desamparo subjetivo e institucional.

En el terreno específico de las políticas de salud, y siguiendo los dictados de los Organismos Multilaterales de Crédito, se implementaron en los años '80 y '90 profundas y nefastas reformas, destinadas a mudar de sentido el derecho a la salud, transformándolo en una mercancía a consumir según la capacidad de pago de los individuos.

En esos mismos años, en el marco del desguace del Estado, se trasladaron la mayoría de los establecimientos de salud y educación a cargo del Estado Nacional a las provincias - sin la correspondiente transferencia de fondos. Lo que lejos de constituir un proceso de federalización y democratización, se tradujo en políticas de ajuste en el sector salud, entre otros. Ello profundizó la desigualdad en condiciones de vida y acceso al cuidado de la salud de los habitantes de aquellas jurisdicciones con menores recursos para hacer frente a las necesidades y requerimientos de su población.

Esta profunda transformación conceptual, tuvo su correlato en las normativas y procesos implementados en los distintos sub-sectores del sistema de salud de nuestro país. Por un lado, se promovió el ingreso del capital financiero a través del gerenciamiento de la seguridad social, resquebrajando aún más lazos solidarios previamente deteriorados. Por el otro, se llevaron a cabo procesos de descentralización de los servicios público-estatales de salud, mientras se profundizaba el ajuste fiscal a las provincias.

En el terreno específico de las políticas económicas, cabe recordar que después de la ley de Coparticipación del año 1998, las provincias resignaron muchos recursos a favor de la Nación a la par de incrementar sus responsabilidades de gasto, fruto de la transferencia de los servicios educativos y de salud.

En las últimas décadas, el financiamiento internacional continúa siendo una de las claves en el diseño de las políticas y programas llevadas a cabo por el Ministerio de Salud de la Nación, lo que implica la aceptación de los condicionamientos impuestos por los organismos financiadores, funcionales a una profundización de la mercantilización de la salud.

En base a los antecedentes y consideraciones planteados, sostenemos en este proyecto que es el Estado Nacional el que debe hacer el mayor esfuerzo financiero para incrementar la inversión en salud destinada a fortalecer la red público-estatal de servicios de salud en todo el país. Ello no modifica la obligatoriedad de los agentes del sistema nacional del seguro de salud y de las empresas de medicina prepaga de pagar las prestaciones realizadas a sus respectivos afiliados/asociados/beneficiarios según la normativa vigente por parte de la red público-estatal de servicios de salud.

Proponemos un incremento del gasto/inversión destinado a atención de la salud en los servicios público-estatales de todo el país para el año 2015 que alcance como mínimo el 5 % del P.I.B.

Cabe señalar que el presente proyecto no prevé un incremento del gasto/inversión total en salud de nuestro país, ni en números absolutos ni relativos porcentuales, sino especialmente una redistribución del mismo. Entendemos que el llamado "gasto de bolsillo", incluye preponderantemente el gasto de las personas por falta de acceso a las acciones de atención oportuna y de calidad de atención de su salud, la de sus familiares y seres allegados, lo cual es financiado a partir de sus ingresos. Cuanto más magros sean dichos ingresos, el "gasto de bolsillo" constituirá una parte relativamente mayor de los gastos que debe asumir, lo cual lo convierte en proporcionalmente mucho más inequitativo para las personas en situación de mayor vulnerabilidad. Al posibilitar el acceso oportuno y de calidad a la atención de la salud en la red público-estatal de servicios de salud, disminuiría progresivamente el "gasto de bolsillo" de la población más vulnerable.

El presente proyecto incluye como referencia la información oficial sobre P.B.I. y gasto consolidado en atención pública de la salud. No obstante, señalamos que dichas estadísticas no tienen el nivel de confiabilidad y precisión que es indispensable para definir políticas públicas, como venimos denunciando en la discusión sobre el Presupuesto anual y presentando estimaciones alternativas, fundamentadas metodológica y políticamente.

Entendemos que el P.B.I. corriente oficial está subestimado, en mayor proporción a partir del año 2007, a partir de la subestimación de la inflación y otros elementos que configuran una estimación de producción de bienes y servicios en pesos inferior a la real. En ese marco, la evolución del gasto en atención pública en salud deviene en un porcentaje mayor del P.B.I., que el correspondiente a las estimaciones elaboradas por el Instituto de Pensamientos y Políticas Públicas del Bloque Unidad Popular y a lo que se constata en la cotidianeidad de trabajadores y usuarios en relación al acceso y calidad de servicios de salud

En este marco, entendemos que el incremento real del gasto/inversión de la Nación en atención pública de la salud a partir de transferencias conveniadas con las jurisdicciones, debe derivarse de una reforma integral del sistema tributario de nuestro país, incluyendo un conjunto de medidas tales como la restitución de las contribuciones patronales de las empresas con más de 40 empleados, la eliminación de la base imponible máxima para los aportes salariales de las personas con muy altos salarios, el gravamen sobre la renta financiera, la eliminación de la promoción de la actividad minera, del régimen de promoción a los biocombustibles, la recuperación gradual de las rentas de los recursos naturales, incluyendo la renta sojera, entre otros gravámenes.

Consideramos que avanzar en la construcción de salud como derecho universal garantizado por el Estado requiere intervenciones en ambos sentidos. Por un lado, políticas públicas que transformen la trama de determinaciones sociales

del proceso salud/enfermedad. Al mismo tiempo, políticas públicas que fortalezcan el rol del Estado en el cuidado de la salud.

Proponemos que este incremento de la inversión en salud debe asignarse consensuadamente entre la Nación y las jurisdicciones, respetando las autonomías provinciales y jerarquizando los principios de derechos y equidad como integradores a nivel nacional.

Para la asignación porcentual del incremento de la inversión en salud a las provincias, establecemos un sistema de ponderación que tiene en cuenta la participación demográfica de cada jurisdicción, la situación de pobreza y/o indigencia, tanto como determinante de la situación de salud/enfermedad como por las diferentes barreras a la accesibilidad a los servicios de salud que conlleva. Asimismo tiene en cuenta directamente los mayores costos derivados de una menor densidad poblacional o mayor costo de vida relativo de la región.

Planteamos que el aumento de la inversión en salud estará destinado exclusivamente al fortalecimiento de la red público-estatal de salud, a partir de un incremento progresivo, que revierta eficaz y eficientemente el deterioro institucional de los establecimientos públicos- estatales de salud. Por ello planteamos taxativamente la prohibición de destinar los fondos que se transfieren a partir de esta Ley a cualquier forma de tercerización de los servicios de salud.

Asimismo, jerarquizamos el rol de los profesionales y de los trabajadores de la salud en su conjunto, como protagonistas de la urgente y necesaria transformación institucional. Entendemos que dicha transformación implica una reorientación de la praxis hegemónica, hacia un modelo de cuidado de la salud que reconozca a los usuarios como sujetos de derecho y a los trabajadores condiciones dignas para su desempeño laboral.

Este proyecto de ley prevé una serie de políticas a encarar a partir de la mejora en el financiamiento de la red público estatal de servicios de cuidado de la salud, incluyendo la inversión en infraestructura, tecnología, capacitación, incorporación de personal y progresiva incorporación de nuevos dispositivos de cuidado de la salud que propicien el abordaje interdisciplinario e intersectorial de problemáticas sociales complejas, en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud. También se promueven como opcional, regímenes de dedicación exclusiva para los trabajadores de la salud, con su correspondiente correlato salarial.

A su vez, establece como requisito para las jurisdicciones que adhieran que no disminuyan su propia inversión en salud y la total gratuidad en el acceso a la red público estatal de servicios de cuidado de la salud. Subsisten en nuestro país centros públicos arancelados, con humillantes mecanismos de evaluación de pago para conseguir una excepción que debiera ser la regla, o sea, el acceso libre y sin restricciones.

Asimismo se plantea que todos los trabajadores de la salud deben recibir un salario mínimo inicial que, en ningún caso, podrá ser inferior al cincuenta por ciento (50 %) del salario inicial del trabajador del Convenio Colectivo de Trabajo Sectorial del Personal Profesional de los establecimientos Hospitalarios y Asistenciales dependientes del Ministerio de Salud de la Nación, ratificado por el Decreto 1133/2009. En caso de que alguna jurisdicción no pueda cumplir con dicho requerimiento, podrá acceder a los aportes del Fondo Nacional de Compensación Salarial del Trabajador de la Salud creado por la presente Ley.

Dada la marcada incidencia de la fuerza laboral tanto en el costo como en la calidad de los servicios sanitarios, a la par de la desigualdad de sus remuneraciones entre las diferentes jurisdicciones de nuestro país, es que proponemos la creación del Fondo de Compensación Salarial del Trabajador de la Salud, inspirado en la experiencia del Fondo Nacional de Incentivo Docente (FONID). El objetivo es apoyar a las jurisdicciones que no se encuentren financieramente en condiciones para cumplir con la equidad salarial y posean un manejo económico-financiero eficiente.

Sabemos que el fortalecimiento financiero de los servicios público-estatales de salud no es suficiente para revertir la gravedad y las urgencias que la situación de salud/enfermedad de nuestro pueblo requiere. No es posible revertir la inequidad en salud, sin desarrollar al mismo tiempo políticas públicas que permitan reconstruir una trama social de efectivo acceso al conjunto de los derechos sociales básicos.

Desde esta perspectiva, el fortalecimiento del financiamiento de los servicios de salud procura no reproducir y agravar las situaciones de desigualdad existentes en otros ámbitos de la vida institucional y cotidiana de la población.

En este marco, los compromisos que se vayan asumiendo en los convenios entre los ámbitos nacionales y provinciales, deberán incluir pautas de transparencia de gestión y de replanteo de los modelos organizacionales a partir de la perspectiva de derechos, revisando conceptos y prácticas, construyendo salud cotidianamente en la articulación de las macropolíticas públicas y la micropolítica de los procesos de trabajo.

Convencidos de la importancia de esta propuesta, que permitirá fortalecer nuestros hospitales, centros de salud y otros dispositivos de de salud a lo largo y a lo ancho del país, y de ese modo garantizar el cuidado de la salud de todo el pueblo, pedimos a nuestros pares que nos acompañen en la sanción del presente proyecto de ley.