

# **El rol legislativo en la formulación de políticas sanitarias**

**Aprendizajes del seminario  
“La Atención Primaria de la Salud”**

El rol legislativo en la formulación de políticas sanitarias: aprendizajes del seminario La Atención Primaria de la Salud  
Daniel Maceira ... [et.al.]

1ª ed. - Buenos Aires: Fundación CIPPEC, 2008.

80 p.; 17 x 24 cm.

**ISBN 978-987-1479-08-5**

1. Políticas Públicas en Salud.

CDD 320.6

Fecha de catalogación: 14/07/2008

Impreso en Buenos Aires, julio de 2008.

**Diseño y diagramación:** Sara Paoletti | sarapaoletti@ciudad.com.ar

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCION</b> .....	5
<b>PRIMERA PARTE: SISTEMA DE SALUD Y ATENCIÓN PRIMARIA</b> .....	9
<b>SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA</b> / Daniel Maceira .....	11
Estructura del sistema de salud argentino .....	11
Eficiencia del gasto en salud .....	13
Cobertura del sistema de salud .....	14
Equidad y financiamiento en el subsector público .....	17
Acceso a la salud y Atención Primaria de la Salud (APS) .....	21
<b>ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES</b> / Isabel Duré y Daniela Daverio .....	25
Contexto de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires .....	25
Marco normativo del sistema público de Salud .....	26
Características generales del sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires .....	26
Antecedentes de la estrategia de APS de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires .....	27
Estrategia de APS de la Ciudad de Buenos Aires: sus principales acciones .....	29
<b>MODELO DE SALUD DE COSTA RICA</b> / Rocío Flores Chinchilla .....	33
Introducción .....	33
Antecedentes de la reforma .....	34
Características generales del sistema nacional de salud .....	36
Desafíos del modelo costarricense .....	40
<b>SEGUNDA PARTE: GESTIÓN LEGISLATIVA EN SALUD</b> .....	43
<b>LOS PROCESOS LEGISLATIVOS</b> / Programa de Salud de CIPPEC .....	45
“Reglas de juego” y comportamiento de los actores en salud .....	45
Identificación y priorización de intervenciones .....	46
Definición de las “reglas de juego”: el proceso legislativo .....	47
<b>LEGISLAR EN SALUD</b> / Programa de Salud de CIPPEC .....	49
Introducción .....	49
El origen de las leyes .....	50
El proceso de formación de una ley .....	51
La reglamentación e implementación .....	52
Análisis de casos .....	54
<b>CONCLUSIONES</b> .....	59
<b>BIBLIOGRAFÍA y SITIOS WEB CONSULTADOS</b> .....	61
<b>ANEXO</b> .....	63
Sinopsis leyes provinciales .....	63
Sinopsis leyes nacionales enunciadas .....	75
Participantes del Seminario “El rol legislativo en la formación de políticas sanitarias” .....	77



## INTRODUCCIÓN

El sistema de financiamiento y atención de la salud en la Argentina es extremadamente fragmentado, identificándose dos cortes básicos: geográfico (descentralización provincial) y por tipo de cobertura (público, innumerables fondos de seguridad social y prepagas). El sistema constituye un ejemplo extremo de la segmentación característica de los modelos de provisión de servicios de salud en la región latinoamericana (Maceira, 2008).

Esta particularidad se debe no solamente a las características políticas del federalismo argentino, sino también a los mecanismos en los que ese federalismo se manifiesta en la asignación y gestión de recursos en el sistema de salud. Es decir, la naturaleza federal de la Argentina determina que los Ministerios de Salud de cada provincia sean responsables de elaborar el presupuesto y las respectivas políticas de salud de su jurisdicción, con limitada injerencia de la autoridad nacional. Así, tanto los establecimientos de salud, como los profesionales del área, dependen de la autoridad provincial, sólo recibiendo transferencias de la Nación cuando se trata de programas específicos (Maceira, 2008).

Considerando el contexto descentralizado del sistema de salud público argentino y la importancia que adquieren las autoridades locales en la formulación de las políticas sanitarias, la tarea de las Legislaturas provinciales se vuelve crucial, en la medida en que proveen las bases institucionales y normativas para el ejercicio de tal descentralización.

El rol de las Legislaturas en el proceso de formulación de políticas públicas, tanto en el nivel nacional como provincial, se encuentra definido por una serie de factores, como el alcance de sus potestades constitucionales en relación con el Poder Ejecutivo; el equilibrio de fuerzas partidarias entre los Poderes; los objetivos estratégicos de sus miembros en el área de salud, derivados de incentivos electorales y partidarios; así como la estructura, la organización, los procedimientos y la capacidad técnica de cada Legislatura.

Diseñar políticas públicas mediante la deliberación política en el ámbito legislativo garantiza algunos aspectos clave en relación a la representación de los intereses de todos los grupos potencialmente afectados, nutriéndose con una multiplicidad de posturas y enfoques y posibilitando así un proceso de decisión informado.

El mecanismo deliberativo mejora la calidad de las decisiones políticas en la medida en que obliga a un ejercicio de convencimiento mutuo para arribar a un consenso. En cierta medida, este proceso promueve que el resultado final incorpore en forma armónica los mejores argumentos y tenga mayor probabilidad de alcanzar los fines previstos.

Estas razones reflejan la relevancia de contar en las Legislaturas provinciales con Comisiones de Salud idóneas, que aporten y potencien el diseño de las políticas eficaces.

Además, la eficacia de las políticas estará definida por el nivel de impacto que éstas generen en la población. En este contexto, la utilización de mecanismos de priorización y criterios de costo-efectividad juegan un rol fundamental.

En un sistema descentralizado de servicios públicos de salud, el desarrollo de marcos normativos estratégicos que contribuyan a la generación de un sistema sanitario equitativo resulta un desafío para las Legislaturas provinciales. Esta fue la motivación principal que propició la realización del seminario “*El rol legislativo en la formulación de políticas sanitarias*”, organizado por el Programa de Salud de CIPPEC el 12 de diciembre de 2007 con el apoyo de Wyeth y del que participaron legisladores de las Comisiones de Salud de Catamarca, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, Corrientes, Mendoza, Salta, San Luis, Santiago del Estero y Tierra del Fuego. Se identificó como tema central del seminario a la Atención Primaria de Salud (APS)<sup>1</sup>, reconociéndola como una estrategia efectiva para garantizar a la población un acceso equitativo al sistema de salud y acentuando el rol estratégico que pueden desempeñar las Legislaturas provinciales para proveer un marco institucional que facilite su implementación.

En la región latinoamericana, varios países hicieron suyos los principios básicos de la APS<sup>2</sup> y pusieron en marcha diferentes estrategias nacionales de atención primaria basadas en el desarrollo de sus componentes prioritarios<sup>3</sup>.

En el caso de la Argentina, poco se ha avanzado en la implementación efectiva de la APS, desde la conferencia de Alma Ata en 1978, donde se definieron sus principios básicos. Sin embargo, el Ministerio de Salud de la Nación renovó a finales de 2003 el compromiso asumido como Estado miembro de la Organización Mundial de la Salud, estableciendo a la “estrategia de APS como organizadora del sistema y prioridad absoluta” (Ministerio de Salud de la Nación, 2004) y así lo plasmó en el Plan Federal de Salud 2004-2007.

La presente publicación es el producto de las presentaciones y discusiones que se desarrollaron durante el encuentro, en el que se buscó contribuir a fortalecer el proceso de formulación

1. La APS se revaloriza como estrategia sectorial, ya que representa “el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo de las personas, constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de atención sanitaria” (Declaración de ALMA-ATA 1978).

2. “i) Accesibilidad y cobertura universales en función de las necesidades de salud; ii) Compromiso, participación y autosostenimiento individual y comunitario; iii) Acción intersectorial por la salud, y iv) costo-eficacia y tecnología apropiada en función de los recursos disponibles” (OPS, 2005).

3. “Extensión de la cobertura con servicios de salud y mejoramiento del ambiente; organización y participación de la comunidad para su bienestar; desarrollo de la articulación intersectorial; desarrollo de la investigación y de tecnologías apropiadas; disponibilidad y producción de productos y equipos críticos; formación y utilización de recursos humanos; financiamiento sectorial, y cooperación internacional” (OPS, 2005).

de políticas mediante la transferencia de herramientas teórico-prácticas asociadas con el diseño de intervenciones en APS a legisladores de las Comisiones de Salud de las Legislaturas provinciales y del Congreso de la Nación, generando un espacio federal de intercambio de experiencias.

La sección primera se nutre del material presentado y debatido en las ponencias orales del seminario. Allí, en el primero de sus capítulos, Daniel Maceira, director del Programa de Salud de CIPPEC, analiza el escenario que configura el sistema de salud sanitario argentino desde el punto de vista de su estructura y organización. Principalmente, se focaliza en las brechas de equidad entre provincias y grupos de población que generan la descentralización provincial del subsistema público y en la relevancia de fortalecer a los actores locales que diseñan políticas provinciales de salud.

A continuación, en el segundo capítulo de la sección, Isabel Duré (ex Coordinadora del Plan Médicos de Cabecera y Directora General de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud (2003-2006)) y Daniela Daverio (Directora General Adjunta de Atención Primaria de la Salud. Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires) presentan las características del modelo de APS de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, desarrollado desde la Dirección General de Atención Primaria de dicha ciudad. Este caso presenta una complejidad única, debido a las particularidades que reviste esta jurisdicción en términos de su marco normativo-institucional, los actores involucrados y su densidad poblacional, entre otras.

En el tercer capítulo, Rocío Flores Chinchilla, representante del Ministerio de Salud de Costa Rica, aborda la reforma del sistema de Salud costarricense, uno de los casos paradigmáticos de la región latinoamericana respecto a la implementación de un modelo exitoso de salud orientado a la APS.

Finalmente, la sección segunda refleja el intercambio generado entre los legisladores provinciales en torno a diversos aspectos de la tarea legislativa en cada jurisdicción. Asimismo, se ilustra el proceso legislativo con ejemplos prácticos para ahondar en la comprensión de su complejidad. Los ejes del debate estuvieron orientados a temas asociados con los procesos políticos que atraviesan las normativas antes de ser aprobadas, desde el origen del proyecto hasta la implementación de la ley.

Daniel Maceira  
Director del Programa de Políticas de Salud  
CIPPEC  
Julio 2008



**PRIMERA PARTE:**  
**SISTEMA DE SALUD Y ATENCIÓN PRIMARIA**



## 1.1. SISTEMA DE SALUD EN LA ARGENTINA / Daniel Maceira

### 1.1.1. Estructura del sistema de salud argentino

El sistema de la salud en la Argentina constituye un ejemplo extremo de la segmentación característica de los sistemas de servicios de salud en la región latinoamericana. La fragmentación del sistema se presenta en dos dimensiones: geográfica (descentralización provincial) y por tipo de cobertura (público, innumerables fondos de seguridad social y prepagas).

Esta particularidad es fruto de las características políticas del federalismo argentino, así como de los mecanismos en los que ese federalismo se manifiesta en la asignación y gestión de recursos en el sistema de salud. Es decir, la naturaleza federal de la Argentina determina que los Ministerios de Salud de cada provincia sean responsables del presupuesto público de salud de su jurisdicción, con limitada injerencia de la autoridad nacional. En otros países con sistemas políticos federales, la descentralización del sistema parte de la definición de objetivos formalmente establecidos por el Ministerio a nivel nacional en acuerdo con los Estados, y se descentraliza su gestión para lograr esos objetivos a nivel estatal y municipal.

En la Argentina, el mecanismo que articula la coordinación Nación-provincias es el Consejo Federal de Salud (COFESA), aunque no es una estructura formalmente vinculante. Los acuerdos que se alcanzan en esa instancia se tornan relevantes para los Ministerios provinciales en la medida en que existe consenso político acerca de las líneas de acción. Por eso, los Ministros de Salud de las provincias y las Comisiones de Salud de las Legislaturas locales, cobran una relevancia fundamental no sólo en el diseño de políticas, sino también en la definición de mecanismos que organizan y reforman los sistemas de salud de las jurisdicciones.

Adicionalmente, el sistema cuenta en cada provincia con institutos de seguridad social, (obras sociales provinciales), alrededor de 250 obras sociales nacionales (sindicales o de personal de dirección) y el PAMI. En consecuencia, existen más de 300 mecanismos de aseguramiento que operan paralelamente al sistema público nacional de salud, a los que deben sumarse la gestión descentralizada de Municipios en provincias como Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba. Ello evidencia un desafío de coordinación, especialmente cuando se refiere a la cobertura de derechos asociados con cierta probabilidad de ocurrencia.

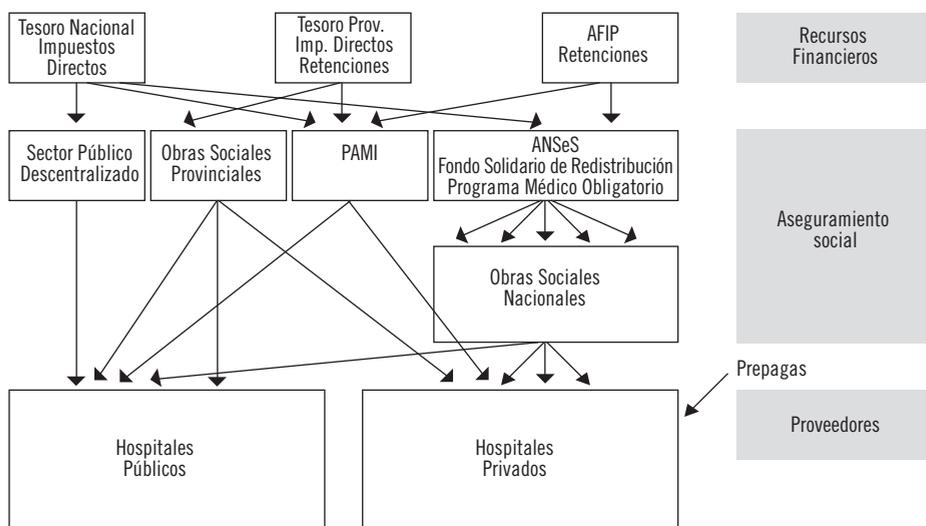
La presencia de un número amplio de fondos reduce la capacidad de hacer financieramente sostenible el sistema sanitario, en tanto cada uno de ellos enfrenta la necesidad de solventar tratamientos variados, de costos diferenciados y, donde muchas veces, la escala de cada uno de ellos lo impide.

La descentralización provincial y la atomización del sistema de seguridad social generan entonces una brecha de equidad entre jurisdicciones y sistemas de aseguramiento social. Es decir, provincias y fondos sociales con mayor capacidad financiera tienen más posibilidades de brindar atención, diferenciando la oportunidad y la calidad de las prestaciones con respecto a aquellos fondos de provincias y seguros más pobres. Esta situación repercute en los gastos de bolsillo de las familias.

El siguiente esquema presenta los mecanismos de asignación de recursos del sistema de salud (primera línea), la organización de las estructuras de aseguramiento social (segunda línea), la gestión de los fondos (tercera línea) y, la prestación de servicios (cuarta línea). En síntesis, se observa que la Argentina cuenta con una red de provisión de servicios mayoritariamente financiada por mecanismos de aseguramiento social.

Si bien las fuentes de financiamiento son fundamentalmente contribuciones salariales y aportes impositivos al tesoro público, estos fondos no alimentan un sistema de aseguramiento social único, sino que se dispersan entre el PAMI, los fondos provinciales y las obras sociales nacionales gerenciadas por los sindicatos de trabajadores, mayormente asociados por rama de actividad.

**Figura 1. La organización del sistema de salud argentino**



**Fuente:** Maceira, D. (2001), "Dimensiones Horizontal y Vertical en el Aseguramiento Social en Salud de América Latina y el Caribe", Iniciativas Latinoamericanas (HSPH, FPMD, PHR, PAHO, USAID), Edición Especial 3.

## 1.1.2 Eficiencia del gasto en salud

La Argentina se encuentra ubicada entre las naciones de mayor ingreso a nivel latinoamericano (Cuadro 1). A pesar de ello, y del significativo crecimiento económico en los últimos años, los indicadores de mortalidad al quinto año no son los más satisfactorios. Ello sucede independientemente del nivel de gasto en el área, el cual posiciona a nuestro país entre las naciones con mayor inversión social (pública y privada) en salud del año 2004.

Esto sugiere una falla en la estructura de gestión de los fondos dirigidos a los servicios de salud, lo cual va más allá de la capacidad de gasto y se apoya en los mecanismos de utilización y financiamiento de esos recursos.

En este sentido, se plantea un interrogante en términos de la eficiencia del gasto en salud y, por lo tanto, se debería detener la mirada en los mecanismos de aseguramiento y provisión de los servicios de salud.

Cuadro 1. Ingreso y salud en América Latina

País	PBN per capita PPP 2005	Crecimiento % p/capita del PBI 2004-2005	Mortalidad al 5to. año 2004	Gasto total en Salud per capita 2004
Argentina	13.920	8,2	18	1.274,3
Trinidad y Tobago	13.170	6,4	-	522,6
Chile	11.470	5,2	8	720,3
México	10.300	1,9	28	655,4
Uruguay	9.810	5,8	17	783,7
Costa Rica	9.680	2,3	13	595,0
Brasil	8.230	0,9	34	519,7
Colombia	7.420	3,6	21	570,0
Panamá	7.310	4,5	24	631,6
Rep. Dominicana	7.150	3,0	32	377,0
Bélice	6.740	-0,2	-	338,6
Venezuela	6.440	7,5	19	284,8
Perú	5.830	5,1	29	235,4
El Salvador	5.120	1,0	28	375,4
Paraguay	4.970	0,4	24	326,7
Guatemala	4.410	0,8	45	256,2
Guyana	4.230	-2,9	-	328,9
Jamaica	4.110	1,3	20	223,4
Ecuador	4.070	2,5	26	261,4
Nicaragua	3.650	1,9	38	231,3
Honduras	2.900	2,3	41	197,4
Bolivia	2.740	2,1	69	185,9
Haití	1.840	1,5	117	82,3
Surinam	-	4,5	-	376,3
Bahamas	-	-	-	1.348,6
Barbados	-	-	-	1.150,7

Fuente: World Development Report 2006; Organización Mundial de la Salud

PBI: Producto Bruto Interno • PPP: Ajuste por Paridad de Poder Adquisitivo • PBN: Producto Bruto Nacional

### 1.1.3 Cobertura del sistema de salud

La segmentación que el modelo sanitario argentino tiene, permite que haya subsistemas que absorba niveles diferenciados de gasto independientemente de los recursos que posean. Así, la población de mayores ingresos contribuye a un sistema que recauda más recursos para tratar a gente relativamente menos enferma. Mientras tanto, el sistema público brinda cobertura a individuos con perfil epidemiológico más complejo e ingresos más bajos.

De acuerdo con la última Encuesta de Hogares realizada en el año 2005, el Cuadro 2 presenta los niveles de cobertura en salud por quintil de ingreso y por estructura de aseguramiento y financiamiento. En la primera línea del cuadro se refleja el número de personas cubiertas por cada uno de los subsistemas, mientras que en la segunda se observa el porcentaje de incidencia de cada mecanismo sobre el total poblacional. Finalmente, la última columna muestra para cada uno de estos grupos, el peso relativo de cada subsistema, independientemente del nivel de ingreso.

**Cuadro 2. Cobertura por quintil de ingreso. Año 2005**

Cobertura de Salud		Quintiles de ingreso per cápita familiar					Total
		I	II	III	IV	V	
Sólo obra social	a	1,860,655	2,360,498	3,129,381	2,614,238	2,026,784	11,991,556
	b	25.02%	30.71%	51.35%	50.68%	49.01%	39.30%
Sólo sistema privado	a	523,635	403,364	779,738	701,677	1,065,078	3,473,492
	b	7.04%	5.25%	12.79%	13.60%	25.76%	11.38%
Obra social y seguro privado	a	361,866	370,181	367,946	527,946	388,200	2,016,077
	b	4.87%	4.82%	6.04%	10.23%	9.39%	6.61%
Sin cobertura formal	a	4,689,694	4,552,286	1,817,192	1,314,217	655,100	13,028,489
	b	63.07%	59.23%	29.82%	25.48%	15.84%	42.70%
Total	a	7,435,850	7,686,329	6,094,254	5,158,016	4,135,165	30,509,614
	b	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia sobre la base de la Encuesta Nacional de Utilización y Gasto de los Hogares 2005, del Ministerio de Salud de la Nación.

De acuerdo con la última columna, aproximadamente 39% de la población cuenta con algún mecanismo de seguro social, ya sea obra social sindical, provincial o PAMI. En tanto que 11,38% de los individuos posee una cobertura del sistema privado, y 6,61% presenta un mecanismo de doble afiliación. Aproximadamente 43% de la población no cuenta con seguros formales y su cobertura se canaliza a través del sistema público (Centros de Atención Primaria de la Salud –CAPS– y hospitales).

Sin embargo, los porcentajes de incidencia mencionados varían significativamente entre quintiles de ingreso. Por ejemplo, sólo un cuarto de la población del primer quintil posee cobertura de la seguridad social, comparada con 50% de los tres quintiles más ricos. Paralelamente, el sistema privado cubre aproximadamente a 7% de la población más pobre del país, mientras que 25% de los sectores de mayor riqueza posee un seguro privado de salud. En el extremo opuesto, el sistema público otorga cobertura a 63% de la población más desprotegida, valor que se reduce hasta llegar a 16% en los grupos más ricos.

No obstante, estos mecanismos de cobertura no se condicen con los patrones de utilización de los servicios de salud observados, ya que la primera fuente de atención utilizada por los individuos no necesariamente está relacionada con el mecanismo formal de aseguramiento que posee.

El Cuadro 3 muestra que sólo 42,45% de los adultos del país que se atienden en el sistema público de salud son aquellos considerados como población objetivo tradicional, que no cuentan con cobertura formal. Por su parte, existe un porcentaje similar (42,17%) de personas que si bien consultan como primera fuente al sector público, aportan a algún mecanismo de aseguramiento social. Este valor alcanza a 10% de la población con prepagas y a 6,61% de población con doble cobertura.

**Cuadro 3. Utilización del sistema público, por cobertura e ingreso. Año 2005**

Cobertura de Salud		Quintiles de ingreso per cápita familiar					Total
		I	II	III	IV	V	
Sólo obra social	a	560,741	276,769	497,967	675,419	401,141	2,412,037
	b	35.08%	23.02%	57.48%	53.70%	50.44%	42.17%
Sólo sistema privado	a	68,963	0	164,945	187,639	173,430	594,977
	b	4.31%	0.00%	19.04%	14.92%	21.81%	10.40%
Obra social y seguro privado	a	56,876	92,362	28,438	62,250	44,985	2,016,077
	b	3.56%	7.68%	3.28%	4.95%	5.66%	6.61%
Sólo hospital público	a	911,665	833,232	175,043	332,512	175,652	2,428,104
	b	57.04%	69.30%	20.20%	26.44%	22.09%	42.45%
Total	a	1,598,245	1,202,363	866,393	1,257,820	795,208	5,720,029
	b	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia sobre la base de la Encuesta Nacional de Utilización y Gasto de los Hogares 2005, del Ministerio de Salud de la Nación.

El análisis de utilización de servicios de salud muestra que los valores fluctúan claramente a lo largo de los grupos de ingresos. Sin embargo, reflejan una de las consecuencias no deseadas de un mecanismo no coordinado de financiamiento y atención: individuos que aportan a un fondo, pero demandan servicios de salud en otro subsistema, independientemente de la capacidad de recupero de costos de los prestadores efectivos.

Si bien existe un mecanismo formal de recupero de costos en hospitales públicos en pacientes con cobertura de obras sociales y prepagas, la práctica evidencia importantes dificultades tanto en la facturación de estos servicios como en su cobro. De todos modos, son variadas las razones por las cuales 60% de la población atendida en el sector público cuenta con un mecanismo de cobertura formal. Ello puede atribuirse tanto a la prestación de emergencia por un accidente en la vía pública como a mecanismos de aseguramiento social cuya prestación es de muy baja calidad y, por lo tanto, los beneficiarios de él acuden directamente al sector público.

Frente a esta situación, el sistema público diversifica su atención entre la población que aportó a su obra social y que el sistema público difícilmente recupera, y aquella que no tiene cobertura alguna. En un contexto de presupuesto limitado, esto repercute en la población de menores recursos. Así, en el Cuadro 4, se analiza la variación en la utilización del sistema público entre los años 2003 y 2005. Se observa cómo la población del primer quintil sin cobertura formal de salud deja de asistir al hospital (-22,1%), postergando su atención.

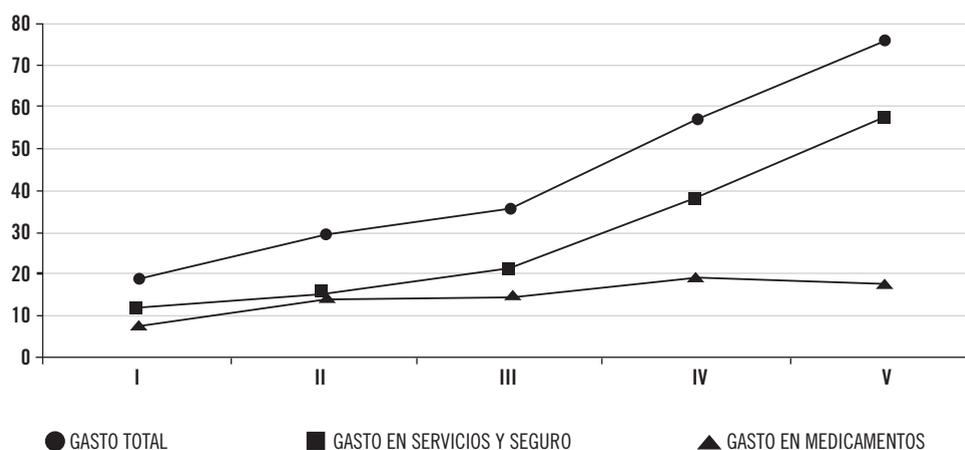
Complementariamente, las variaciones en los mecanismos de cobertura formal de los subsistemas de salud tienen su correlato en el comportamiento del gasto de bolsillo de las familias. En la Figura 2 se presenta el gasto de bolsillo en salud por quintiles y como porcentaje del ingreso familiar.

**Cuadro 4. Variación en la utilización del sistema público, por cobertura e ingreso. 2003- 2005**

Cobertura de Salud		Quintiles de ingreso per cápita familiar					Total
		I	II	III	IV	V	
Sólo obra social	a	43,248	-363,742	13,096	330,888	193,355	216,845
	b	16.5%	-16.4%	13.8%	2.5%	-7.0%	8.7%
Sólo sistema privado	a	19,708	-85,033	75,219	115,106	128,594	253,594
	b	2.5%	-5.2%	11.0%	4.2%	9.4%	5.2%
Obra social y seguro privado	a	47,787	72,615	3,050	44,385	17,331	1,916,334
	b	3.2%	6.5%	1.0%	2.3%	-2.0%	5.1%
Sólo hospital público	a	-1,300,765	-49,204	-336,235	94,227	94,364	-1,497,613
	b	-22.1%	15.3%	-25.6%	-8.9%	-0.4%	-17.2%
<b>Total</b>	<b>a</b>	<b>-1,197,968</b>	<b>-430,961</b>	<b>-248,943</b>	<b>583,779</b>	<b>433,598</b>	<b>-860,495</b>

Fuente: elaboración propia sobre la base de la Encuesta Nacional de Utilización y Gasto de los Hogares 2005, del Ministerio de Salud de la Nación.

Figura 2 - Gasto en Salud, por quintil 2005



Fuente: elaboración propia sobre la base de la Encuesta de Utilización y Gasto en Salud 2005, del Ministerio de Salud de la Nación.

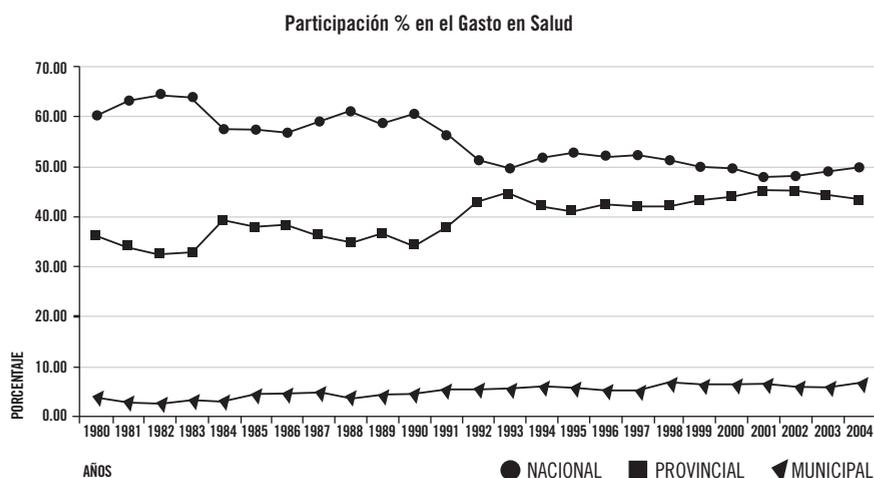
Allí se observa una relación positiva entre el nivel de ingreso y el gasto en salud, lo cual refleja una mayor capacidad de realizar desembolsos de los grupos poblacionales con mayor ingreso. El gasto en medicamentos presenta una tendencia creciente hasta el segundo quintil de ingreso y entre el tercero y el cuarto, encontrando dos caídas marginales en el tercero y en el quinto, probablemente asociadas con una mayor cobertura del aseguramiento social o privado de este contingente poblacional.

### 1.1.4 Equidad y financiamiento en el subsector público

El gasto público en salud contribuye a la fragmentación del financiamiento del sistema entre provincias y niveles del Estado. La Argentina gastó aproximadamente 8.442 millones de pesos en el año 2004, de los cuales aproximadamente 20% corresponden al Estado nacional, 60% lo aportan los sistemas provinciales, y los Municipios contribuyen con 18%. La Figura 3 muestra la evolución de la “provincialización” de la salud entre los años 1980-2004, al reflejar el incremento del gasto provincial y la caída relativa del gasto nacional.

En este contexto, se pone de manifiesto la relevancia que adquieren los Ministerios y Legislaturas provinciales en la toma de decisiones en términos de asignación de recursos y definición de políticas sanitarias.

Figura 3. Participación de Estado nacional, provincial y municipal en el gasto en salud



Fuente: Dirección Nacional de Relación Fiscal con las Provincias, Ministerio de Economía de la Nación.

Para evaluar el esfuerzo diferenciado que realiza cada provincia, el Cuadro 5 presenta para los años 1993 y 2003 el gasto provincial en salud per cápita junto con el peso porcentual en el total de erogaciones de cada jurisdicción. Asimismo, se muestran las respectivas variaciones porcentuales de esas variables entre 1993 y 2003 y, por último, el aporte porcentual de los Municipios.

Cuadro 5. Inversión provincial en salud per cápita (en \$ constantes, 1999)

Jurisdicción	2003		1993		Variación 93-03	1999
	Inversión Provincial en Salud per cápita	% del Gasto en Salud sobre la Inversión Total Provincial	Inversión Provincial en Salud per Cápita	% del Gasto en Salud sobre la Inversión Total Provincial	Inversión Provincial en Salud per Cápita	Aporte Municipal <sup>1</sup>
Neuquén	360.47	13.23%	204.63	10.24%	76.15%	3.00%
Santa Cruz	350.45	7.62%	236.95	9.25%	47.90%	0.00%
G.C.B.A	260.10	27.84%	276.04	27.62%	-5.77%	
Jujuy	96.43	10.59%	118.63	9.88%	-18.72%	0.00%
Mendoza	73.36	9.14%	82.32	8.96%	-10.88%	2.00%
Chaco	71.36	8.00%	83.55	9.54%	-14.59%	5.00%
Santa Fé *	64.04	8.75%	65.89	8.98%	-2.81%	44.00%
Tucumán	60.68	8.99%	72.91	10.58%	-16.77%	4.00%
Buenos Aires *	60.09	9.96%	63.23	11.28%	-4.97%	49.00%
Córdoba *	59.66	8.51%	114.05	13.15%	-47.69%	86.00%
Misiones	56.55	7.43%	82.17	10.15%	-31.19%	3.00%
Corrientes	46.28	7.36%	83.85	11.14%	-44.81%	11.00%
Promedio Total	137.57	11.49%	140.54	10.95%	-2.11%	

Fuente: Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias, Ministerio de Economía.

Nota: La ejecución presupuestaria de los gobiernos provinciales comprende erogaciones financiadas con recursos propios (entre los que se considera la Coparticipación Federal de Impuestos), los provenientes de Nación (aportes y asignaciones específicas) y con deuda pública.

1. La última información disponible sobre aportes municipales es del año 1999.

Las provincias de Neuquén y Santa Cruz se encuentran entre las de mayor desembolso con 360 y 350 pesos respectivamente. En el extremo opuesto se ubican las provincias de Misiones y Corrientes, con 56 y 46 pesos. Esto evidencia marcadas diferencias en el gasto entre jurisdicciones, con brechas de hasta ocho a uno.

Estas brechas pueden estar asociadas con distintas necesidades sanitarias o con la capacidad de financiamiento de cada provincia. Para testear estas posibilidades, el siguiente Cuadro analiza el gasto promedio anual provincial entre 1993 y 2003, junto con un grupo de indicadores de oferta (número de médicos, de establecimientos y de camas) y de necesidades (porcentaje de población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), tasa de mortalidad infantil y perfil epidemiológico).

Del análisis de esta información surge que no existe una relación significativa entre el gasto provincial en salud y las características de la demanda. Sin embargo, se observa una correlación alta entre el gasto y los indicadores de oferta. Estos resultados sugieren que el gasto provincial en salud se destina al mantenimiento de la infraestructura existente, la que no necesariamente se vincula con indicadores de requerimientos de atención de salud por parte de la población. Además, se observa que aquellas provincias que gastan más, son aquellas con mayores recursos para hacerlo.

Cuadro 6. Indicadores del sistema de salud: oferta y demanda

Jurisdicción	Gasto Promedio en Salud (93-03) en millones de \$	Indicadores de demanda			Indicadores de oferta		
		% población con NBI 01	Perfil Epidemio-lógico	Tasa de Mortalidad Infantil 99	Número de Médicos 98	Total Establecimientos Asistenciales 95	N° de Camas 95
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
<b>G.C.B.A</b>	802.97	7.80	2	0.11	32,100	1,204	23,152
<b>Buenos Aires</b>	944.12	15.80	2	0.17	26,876	3,825	50,155
<b>Catamarca</b>	42.11	21.50	3	0.20	653	464	1,344
<b>Córdoba</b>	215.06	13.00	2	0.15	11,642	1,561	17,958
<b>Corrientes</b>	60.29	28.50	3	0.23	1,740	455	3,433
<b>Chaco</b>	104.22	33.00	4	0.29	1,630	414	4,184
<b>Chubut</b>	68.38	15.50	1	0.18	870	232	1,976
<b>Entre Ríos</b>	122.88	17.60	2	0.20	2,610	480	6,650
<b>Formosa</b>	57.58	33.60	3	0.24	544	246	1,689
<b>Jujuy</b>	63.50	28.80	3	0.23	1,306	339	3,169
<b>La Pampa</b>	57.11	10.30	2	0.15	653	214	1,189
<b>La Rioja</b>	49.08	20.40	3	0.21	544	294	1,231
<b>Mendoza</b>	128.84	15.40	1	0.16	4,460	540	4,646
<b>Misiones</b>	68.60	27.11	3	0.22	1,197	443	2,985
<b>Neuquén</b>	112.61	17.00	1	0.12	979	277	1,393
<b>Río Negro</b>	71.17	17.90	1	0.16	1,306	325	1,989
<b>Salta</b>	111.47	31.60	3	0.21	1,849	533	4,014
<b>San Juan</b>	76.26	17.40	3	0.21	1,521	259	1,750
<b>San Luis</b>	48.39	15.60	3	0.19	762	220	1,256
<b>Santa Cruz</b>	60.26	10.40	1	0.13	326	92	1,188
<b>Santa Fe</b>	189.31	14.80	2	0.15	10,226	2,232	12,075
<b>Santiago del Estero</b>	70.84	31.30	3	0.16	1,197	576	4,271
<b>Tierra del Fuego</b>	39.05	14.10	1	0.08	109	41	222
<b>Tucumán</b>	94.54	23.90	3	0.23	3,700	819	3,830
<b>Índice de correlación con el Gasto Provincial en Salud</b>		-0.34	-0.13	-0.29	0.96	0.80	0.93

**Fuentes:**

- (1) Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias, página web del Ministerio de Economía.
- (2) INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.
- (3) Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud, Dirección de Estadística e Información de Salud.
- (4) Unicef - Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
- (5) Ministerio de Salud y Acción Social N°74/95.

En este contexto, el Estado nacional debería orientar su gasto hacia la disminución de esas brechas entre provincias, destinando mayores recursos relativos en jurisdicciones más pobres. Para ello, cuenta con mecanismos como las transferencias monetarias (directas de dinero) y no monetarias (incluyen una variedad de insumos y servicios como vacunas, preservativos, retrovirales, leche, remedios y hasta folletos).

El Cuadro 7 expresa las transferencias presupuestarias del gobierno nacional a los provinciales, y su peso en relación con la inversión provincial. Se observa que, a excepción de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la provincia de Buenos Aires, la magnitud de las

transferencias monetarias de la Nación a las provincias más rezagadas es insignificante en términos del peso porcentual en el gasto provincial. Ello sugiere que la asignación estaría asociada con factores poblacionales y/o la capacidad de recibir pacientes de otras jurisdicciones.

**Cuadro 7. Transferencias nacionales en salud, por provincia (en millones de pesos constantes de 1999)**

Provincias	Transferencias		% Transferencias sobre la Inversión Provincial en Salud	
	Monetarias	No Monetarias <sup>1</sup>	Monetarias	No Monetarias <sup>1</sup>
Buenos Aires	67.94	148.26	8.2%	17.9%
G.C.B.A	68.88	72.56	9.7%	10.2%
Santa Fe	1.07	34.50	0.6%	18.1%
Córdoba	1.06	33.13	0.6%	18.2%
Tucumán	0.64	25.37	2.1%	31.4%
Chaco	1.30	19.18	1.9%	27.5%
Corrientes	0.64	18.47	1.5%	43.1%
Mendoza	0.44	18.05	0.4%	15.6%
Jujuy	1.24	11.32	2.1%	19.3%
Neuquén	0.13	7.58	0.1%	4.5%
Catamarca	0.39	7.17	1.0%	18.0%
Santa Cruz	0.12	2.58	0.2%	3.7%

Fuente: Secretaría de Hacienda, Dirección de Presupuesto y Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias.

Nota: 1) Las transferencias no monetarias incluyen leche, medicamentos, anticonceptivos, retrovirales, antirretrovirales, folletos, vacunas, jeringas, etc.

Este mismo análisis se modifica al observar las transferencias no monetarias, donde la asociación entre recursos transferidos y características de la demanda es mayor. Provincias con importantes necesidades sanitarias como Corrientes, Chaco y Tucumán reciben un gran apoyo de la Nación en términos de transferencias en especies. Estas son relativamente más significativas y se condicen con mecanismos eficaces de asignación de recursos en una estructura federal.

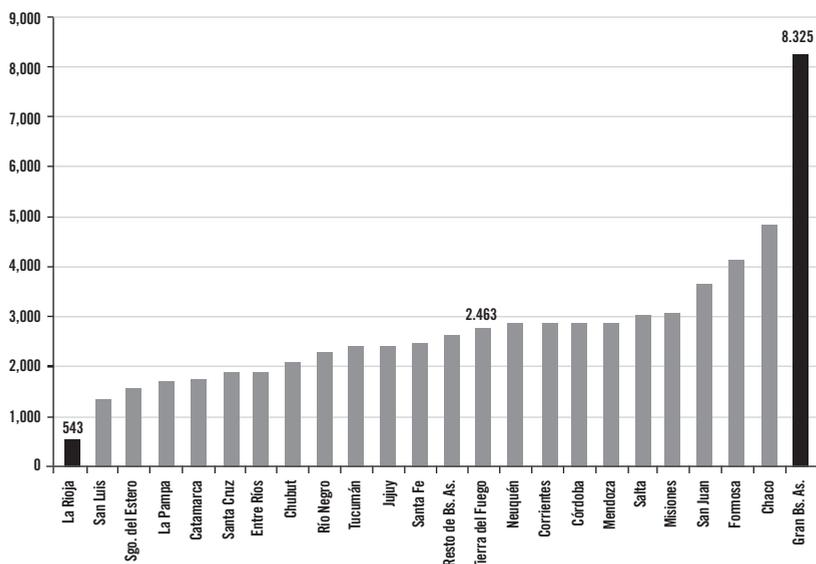
### 1.1.5 Acceso a la salud y Atención Primaria de la Salud (APS)

Paralelamente, los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), en teoría, constituyen la unidad inicial del sistema de salud público, en la medida en que representan la puerta de entrada natural de los usuarios a él. Por esto, su ubicación adquiere importantes implicancias en el acceso geográfico y financiero a la salud, especialmente para aquellos en condiciones de pobreza.

El promedio nacional muestra que existen 3.183 habitantes sin cobertura formal de salud por cada centro asistencial. Sin embargo, se observan grandes diferencias tanto entre provincias como al interior de cada una de ellas.

En este contexto, el siguiente gráfico compara la actual distribución de los CAPS entre provincias, observando principalmente su relación con aquella población que más los necesita, considerando como tal a aquellos grupos sin cobertura formal de salud.

**Figura 4. Distribución de CAPS: brechas entre provincias**



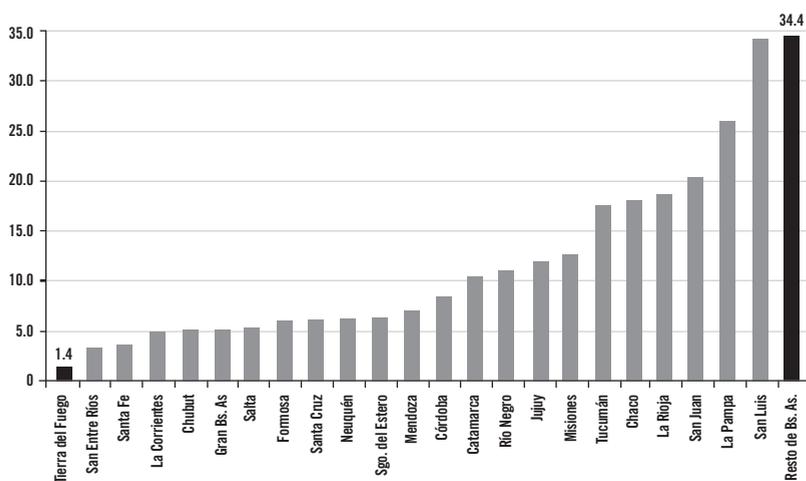
Fuente: elaboración propia en base a información del Programa Remediar. Ministerio de Salud de la Nación. 2006

La comparación arroja amplias diferencias, donde el promedio registrado en la provincia de La Rioja resulta 15 veces menor al obtenido en el Gran Buenos Aires. Ambos extremos pueden asociarse, aunque no necesariamente, con una inadecuada asignación de recursos físicos y financieros, reflejando subutilización en el caso de la provincia norteña o sobreutilización en el caso bonaerense.

Esta comparación podría no ser del todo adecuada, en la medida en que cada provincia tiene estrategias sanitarias relativamente independientes. En esta dirección, la Figura 5 analiza las brechas al interior de cada provincia, presentando la distancia entre el peor y el mejor departamento en la relación CAPS/población sin cobertura, para cada jurisdicción.

Los resultados muestran que en un extremo se encuentran los Municipios de la provincia de Buenos Aires (exceptuando el conurbano) con una brecha de hasta 34 veces entre aquellos con mayor y menor densidad de CAPS para cubrir la población con necesidades de salud. En el otro extremo, la provincia de Tierra del Fuego muestra una distancia significativamente menor, de hasta 1.4 veces en esta relación.

**Figura 5. Distribución de CAPS: brechas intra provinciales**



Fuente: elaboración propia en base a información del Programa Remediador, Ministerio de Salud de la Nación, 2006



## 1.2. ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES / Isabel Duré / Daniela Daverio

### 1.2.1. Contexto de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires presenta características particulares y una complejidad única que repercuten en el diseño de una estrategia de atención primaria de la salud (APS).

El desarrollo y crecimiento del sistema de salud de la Ciudad se adecuó, en parte, al modelo de desarrollo que tuvo la Argentina a finales del siglo XIX y parte del siglo XX, un país agro exportador donde el puerto y la ciudad se convirtieron en un centro estratégico. Este contexto configuró al sistema de salud porteño en un punto de referencia nacional, que implica un gran esfuerzo de planificación para satisfacer una demanda creciente de sus servicios de salud.

La Ciudad alberga a 2.776.138<sup>4</sup> habitantes en un territorio de 200 km<sup>2</sup>, netamente urbano y con facilidad para el acceso geográfico a cualquiera de sus puntos. A su vez, está inserto en un área metropolitana que tiene una población de 11.460.575 de habitantes, de los cuales gran parte busca atención de salud en la Ciudad.

La cantidad de habitantes de la Ciudad se mantiene estable desde la década del cincuenta, con una esperanza de vida al nacer de 76 años y una alta prevalencia de patologías crónicas en el promedio de la población. Sin embargo, esta jurisdicción encierra amplias inequidades en su interior, entre los distritos del sur y del norte.

Así, si bien 25% de la población cuenta con cobertura pública de salud, en la zona sur de la Ciudad esta cifra prácticamente se duplica mientras que el norte cuenta con una cobertura mayor de obra social o prepaga.

Nuevamente, la tasa de mortalidad infantil de la Ciudad es una de las más bajas del país, pero su distribución al interior arroja amplias brechas: en el norte se registra una tasa de 5 por 1000 niños nacidos vivos y la zona sur alcanza a triplicar este indicador. Esto repercute en la necesidad de una estrategia de APS que contemple la diferencia de perfiles socio-sanitarios entre zonas.

4. Datos extraídos del Censo de Población y Vivienda del año 2001, realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).

### **1.2.2. Marco normativo del sistema público de Salud**

A partir del año 1996, Buenos Aires se constituye como Ciudad Autónoma. En su Constitución, la Ciudad contempla el derecho a la salud integral en el que se incluyen los derechos a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, al vestido, a la cultura y el tema ambiental. Allí se ubica a la salud como una inversión social prioritaria y se le confiere al Estado la función de conducir, controlar y regular el sistema de salud, que se funda en los principios de accesibilidad, equidad, integralidad, solidaridad, universalidad y oportunidad. De esta manera, sus prestaciones son gratuitas y de acceso universal, lo que no excluye la recuperación de costos a terceros pagadores (obras sociales y prepagas).

En el año 1999 se aprobó la Ley Básica de Salud, en la que se retoman los principios enunciados en la Constitución, sumando a la participación y la descentralización como valores. Allí se avanza en la operacionalización del derecho al establecer un modelo de gestión sustentado en la APS, y en la constitución de redes y niveles.

La descentralización se manifiesta en áreas de salud que responden a recortes geográficos –que en el futuro coincidirán con las Comunas– con competencias locales de salud. Estas áreas se organizan en regiones que se articulan para brindar una cobertura integral de todas las prestaciones de salud.

Respecto del modelo de atención, la ley señala que debe ser interdisciplinario, con cantidad y variantes en la atención ambulatoria, centrándose en la atención personalizada. Por otra parte, promueve jerarquizar la participación de la comunidad en todas las instancias, contribuyendo a la formulación de la política sanitaria, la gestión de los servicios y el control de las acciones.

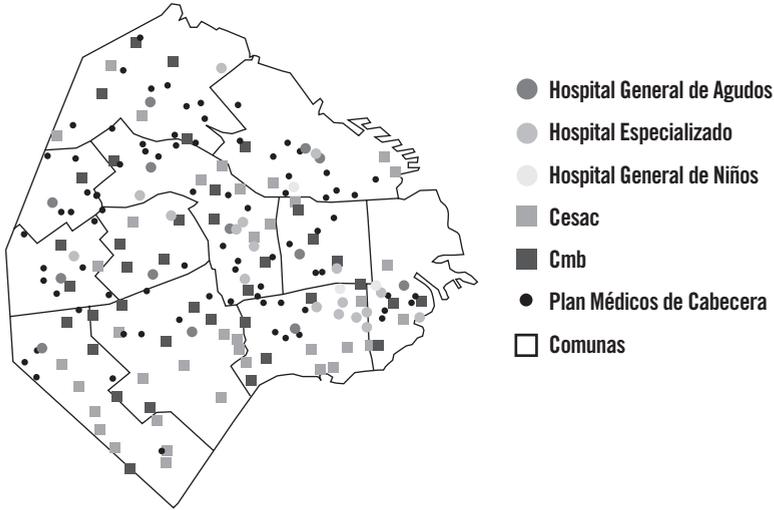
### **1.2.3. Características generales del sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

El sistema público de salud que debe canalizar los principios y valores expresados en la Constitución y la Ley Básica de Salud se presenta como un modelo hospitalo-céntrico, altamente centrado en la enfermedad.

La Ciudad cuenta con 33 hospitales: 13 generales de agudos, de los que dependen jerárquicamente los efectores de APS; y los 20 restantes son especializados. En definitiva, es un sistema de gran magnitud que comprende 700.000 m<sup>2</sup> construidos y 32.000 agentes, que destina 65% del presupuesto a recursos humanos.

En el siguiente cuadro se presenta la distribución territorial de los distintos efectores y su organización en áreas programáticas.

**Distribución de los efectores públicos de salud de la ciudad de Buenos Aires**



En este contexto, a los efectores desconcentrados (Centros de Salud y Acción Comunitaria -CESAC-), Centros de Salud Mental, Centros Médicos Barriales y Médicos de Cabecera) afectados a la estrategia de APS, se le destina sólo 7% de los recursos.

#### 1.2.4 Antecedentes de la estrategia de APS de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Luego de la declaración de Alma Ata en el año 1978, la ciudad de Buenos Aires lentamente comenzó a incorporar los principios y lineamientos de APS en su planificación sanitaria. Una de las primeras medidas consistió en crear áreas programáticas<sup>5</sup> en 1989. Este recorte territorial se realizó sobre la base del radio del recorrido de las ambulancias, sin contemplar otros criterios específicos.

Si bien se pretendía incorporar los postulados de la APS, los esfuerzos realizados se centraron en modificaciones de tipo formal sin cambios en la práctica. Los CESACs se incorporaron a las áreas programáticas, bajo la órbita de la dirección del área, que a su vez depende de los hospitales. Así, el hospital dirige no sólo la atención compleja, sino también la

5. El área programática constituye el área de responsabilidad que le corresponde a cada Hospital General de Agudos y determina la población a cargo sobre la que se realizan las acciones de salud.

estrategia de APS en su zona de referencia. La resultante de este diseño se manifiesta en un desfase de recursos en detrimento de los CESAC y la estrategia de APS.

En el año 1997 se suma a la oferta de los CESACs, el Plan Médicos de Cabecera, como una variante en la atención, que consistía básicamente en que los médicos de hospitales atendieran en sus consultorios particulares. Lo interesante de esta modalidad es que se incrementó la cantidad de opciones para prestar servicios, en la medida que el consultorio utilizado es el particular del médico. Sin embargo, presentaba algunas dificultades, debido a que lleva la práctica del médico al modelo del ejercicio de la medicina liberal en detrimento de la visión del profesional como parte de un sistema. En respuesta, en 2000 se crean los Centros Médicos Barriales, que nuclean a varios médicos de cabecera de distintas especialidades (clínicos, pediatras y tocoginecólogos), con enfermería y trabajadores sociales.

Para comenzar a desarrollar una estrategia de APS, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en 1999 optó por la estrategia de considerar áreas de influencia. Para ello, seleccionó el Centro de Gestión y Participación<sup>6</sup> N° 3, ubicado en la zona sur de la ciudad (incluye a los barrios de La Boca y Barracas), que presenta una población con importantes necesidades sociosanitarias. Se comenzó a trabajar conjuntamente con los hospitales y los CESACs, y se elaboró un programa de capacitación especial destinado a los profesionales y agentes involucrados en el proceso. Asimismo, se acondicionó un espacio que estratégicamente se encontrara fuera del hospital, y se comenzó a trabajar con las organizaciones de la comunidad con la intención de instalar la idea de APS.

Esta primera experiencia no tuvo buenos resultados, puesto que la metodología de trabajo era resistida por la estructura organizativa (los hospitales y los trabajadores de la salud). Por otra parte, los vecinos percibían este proceso tan sólo como una cuestión administrativa, debido a que no comprendían que los habilitaría a participar en la discusión sobre las necesidades de salud del área.

Luego, la crisis de 2001 movilizó a la población de la Ciudad en torno a distintos reclamos sociales, entre ellos, la creación de más CESACs debido al costo que implicaba a los vecinos acercarse a los hospitales. Esta situación crítica se convirtió en una oportunidad para comenzar a generar un sólido primer nivel de atención con base en un sistema de salud moderno, flexible, integral, de alta calidad y capacidad de respuesta para las nuevas problemáticas de salud del distrito.

6. Los Centro de Gestión y Participación son la base del Programa de Descentralización y Modernización de Buenos Aires, cuyo objetivo es el mejoramiento de los servicios que brinda el Gobierno de la Ciudad. En los CGP, los vecinos pueden resolver sus trámites referidos al Registro Civil, a Rentas o a Infracciones sin moverse de su barrio. Asimismo, los CGP cuentan con el Servicio Social Zonal; brindan información general de todos los servicios de la Ciudad y reciben reclamos y denuncias de los vecinos. Para más información visite <http://www.amigosciudad.gov.ar>

Para romper con la estructura hospitalo-céntrica era necesario cambiar el eje administrativo; pero, al no contar con un contexto propicio para ello, se decidió invertir la metodología. Es decir, manteniendo los objetivos, se modificó la estrategia de descentralización iniciada, por la de fortalecer el primer nivel de atención a través de su centralización en una Dirección General de Atención Primaria.

### **1.2.5 Estrategia de APS de la Ciudad de Buenos Aires: sus principales acciones**

Como se mencionó, en un principio se pensó que la aprobación de la Ley Básica de Salud y la descentralización administrativa bastaban para instalar un modelo de APS. Sin embargo, los resultados poco exitosos evidenciaron fallas en la estrategia inicial. Se reconoció que la descentralización de funciones y responsabilidades a los CESACs y áreas programáticas era inviable si no se acompañaba de una descentralización de recursos.

En 2001, el presupuesto de los CESACs y las áreas programáticas lo administraba el hospital a cargo. De esta manera, cuando el hospital necesitaba recursos, los tomaba del presupuesto asignado a los CESACs, generando su desabastecimiento. Por este motivo, el paso inicial para generar un primer nivel de atención sólido y una estrategia de APS efectiva consistió en encontrar un mecanismo para garantizar los recursos necesarios. Así nace la Dirección General de Atención Primaria –anteriormente era una dirección simple de salud comunitaria– con el objetivo de nuclear todas las cuestiones relacionadas con el primer nivel de atención y llevar adelante la estrategia de APS del Gobierno de la Ciudad.

Durante su gestión (1999-2007), se propuso trabajar con dos objetivos generales:

- 1) Incrementar la accesibilidad al primer nivel de atención desconcentrado.
- 2) Mejorar la calidad de atención de salud.

En la ciudad, como se señaló anteriormente, existen profundas diferencias sociosanitarias entre la zona norte y sur. Ello motivó a que se trabajara estratégicamente para mejorar la accesibilidad y la calidad de atención de la población en general y, especialmente, en los barrios más necesitados de la zona sur.

Uno de los ejes de trabajo de la estrategia de APS apuntó a fortalecer el primer nivel de atención. En esta dirección, se amplió y mejoró la infraestructura, triplicando los efectivos e incrementando el horario de atención de los CESACs. Se mejoró la capacidad de resolución en este nivel, incorporando equipamiento nuevo y generando desconcentración diagnóstica. Actualmente en los CESACs se toman las muestras descentralizadas, articulando la operación con los laboratorios de los hospitales para que las retiren y entreguen posteriormente los resultados. El establecimiento de este procedimiento significó un avance en la efectividad del sistema, en la articulación intrasectorial y en la accesibilidad a los controles de salud de las embarazadas.

Otra de las medidas impulsadas fue la generación de una estructura unificada para todos los CESACs con tres niveles de complejidad. Complementariamente, se creó una Jefatura de Relaciones con la Comunidad, que no tuviera funciones estrictamente médicas, para generar que psicólogos y trabajadores sociales pudieran concursar a cargos en los CESACs.

En el área de recursos humanos también se realizaron varias acciones. Se estableció un convenio con la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires (UBA), con el objeto de generar un programa de pasantes para tareas administrativas. El ingreso de estudiantes con un entusiasmo renovado influyó positivamente en los CESACs. Asimismo, se firmó un convenio con la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad de Buenos Aires, para incorporar farmacéuticos egresados en los CESACs, lo que generó una mejora en la gestión de atención y dispensación de medicamentos. Por último, se concretó un convenio con la Maestría de Salud Pública de la UBA, por el que se realizaron cursos de capacitación de gestión destinado a los equipos de salud de los CESACs.

La articulación intrasectorial fue una de las cuestiones más complejas para abordar. Las iniciativas que lograron implementarse fueron aquellas que contaron con recursos que la Dirección General de Atención Primaria conseguía. Así, algunos programas comenzaron a trabajar con la Dirección, generando redes como la “Red de Epilepsia”<sup>7</sup> o el “Programa de Diabetes”<sup>8</sup>, con un impacto positivo en la población.

El impacto del Programa “A ver qué ves”<sup>9</sup> representa un claro ejemplo del efecto que se logra a través de la articulación intrasectorial. El programa se realizó conjuntamente con el Ministerio de Educación y los hospitales oftalmológicos de la Ciudad, y se logró garantizar anteojos para todos los niños de primer grado de las escuelas públicas desde 2001. En algunos momentos se amplió la cobertura a los jóvenes, reproduciendo la metodología de trabajo con los institutos correccionales de menores.

Otra iniciativa interesante fue la creación de una Unidad de Proyectos Especiales sobre riesgo nutricional, que requirió la articulación con los Ministerios de Educación, Desarrollo Social y Salud, y el Consejo de los Derechos del Niño, la Niña y el Adolescente.

7. El Programa de Atención Integral de la Epilepsia tiene por objetivo mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por esta enfermedad. Para tal fin, entre los objetivos fundamentales de este programa se encuentran: lograr el diagnóstico precoz; promover la integración social de los pacientes; asegurar el tratamiento farmacológico; promover la capacitación en epilepsia de los profesionales; efectuar acciones de educación, no discriminación y aceptación de la epilepsia en la comunidad; establecer el registro y control epidemiológico de la enfermedad. Para más información visite: <http://www.buenosaires.gov.ar>.

8. El Programa de Prevención y Asistencia a la Diabetes tiene por principal objetivo disminuir la mortalidad asociada a dicha enfermedad. Para ello las acciones se orientan a la atención de las personas con diabetes, y a la prevención y detección de la enfermedad. Los destinatarios del programa son todos los vecinos de la Ciudad y personas con diabetes. Para más información visite: <http://www.buenosaires.gov.ar>

9. El Programa A ver qué ves trabaja en la detección precoz de patologías de la visión en niños y niñas en edad escolar. Su propósito es promover la corrección oportuna y evitar dificultades en el proceso de aprendizaje. Participan de este programa los Ministerios de Salud y Educación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para más información visite: <http://www.buenosaires.gov.ar>

Como resultado, se logró generar una base de datos y garantizar distintas respuestas a las necesidades nutricionales de los niños de la Ciudad. Primero se trabajó con la problemática de desnutrición, y luego se abordó el sobrepeso y la obesidad.

Finalmente, para el cumplimiento de los objetivos de la Dirección, se requirió fortalecer el sistema de comunicación. En este sentido, se integró la información de atención primaria de la Ciudad (Centros Médicos Barriales, Médicos de Cabecera y CESACs) en un sistema de información nominalizado, que tiende a fortalecer la gestión local. Así, se encuentran en un sólo sistema informatizado, todos los datos personales y sociales de las personas que se atienden en la Ciudad, con los motivos de consulta y prestaciones que se le realizan.



## 1.3. MODELO DE SALUD DE COSTA RICA / Rocío Flores Chinchilla

### 1.3.1 Introducción

Costa Rica es un Estado unitario de 51.000 kilómetros cuadrados formado por siete provincias, 81 cantones y 459 distritos. El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) reportó para 2007, 4.120.726 habitantes de los cuales poco más de la mitad reside en el área urbana. Aproximadamente, 2% de su población es indígena, perteneciendo a ocho grupos étnicos. 5% de la población es analfabeta, con un rango de variación entre cantones de 1,0% a 15,4%. En 1999 20,6% de los hogares fueron calificados como pobres por el INEC y 6,7% como indigentes (OPS, 2002).

El sistema político, administrativo y fiscal es centralizado, por lo que los presupuestos resultan poco flexibles. Los recursos municipales representan sólo 2% del gasto público total; sin embargo, en julio de 2001 el Gobierno acordó reformar el artículo 170 de la Constitución y promover una ley para transferir competencias al régimen municipal y aumentar gradualmente sus recursos hasta 10% del gasto público en proyectos de educación, transporte, vivienda y salud (OPS, 2002).

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 1998-2002 es el instrumento de conducción política y el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica es la instancia del Poder Ejecutivo encargada de monitorear su ejecución. Las políticas de Desarrollo Social son parte del PND, se ejecutan a través de programas sectoriales elaborados por los diferentes Ministerios y sus resultados se evalúan trimestralmente mediante el Sistema Nacional de Evaluación (SINE), que el gobierno utiliza para evaluar el desempeño del sector público (OPS, 2002).

El sector salud en Costa Rica se encuentra conformado por un conjunto de entidades públicas centralizadas y descentralizadas, con una competencia explícita y legal dirigida a proteger y mejorar el estado de salud de la población<sup>10</sup> (OPS, 2002). Se operacionaliza a través de un Sistema Nacional de Salud que posee cuatro funciones esenciales: financiamiento, provisión, rectoría y aseguramiento. Es un conjunto de entes públicos y privados, que tienen entre sus actividades primordiales la provisión de bienes y servicios destinados a la protección y mejoramiento de la salud de la población. A su vez, el Ministerio de Salud dicta las pautas para el resto del país y tiene representantes en cada uno de los 81 cantones (OPS, 2002).

10. Las instituciones que conforman el sector salud son las siguientes: Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Salud (CCSS), Acueductos y Alcantarillados, Auditoría General de Servicios de Salud, Consejo de Atención Integral de la Niñez, Consejo de la Persona Joven, Consejo de la Persona Mayor, Instituto de Alcohólicos y Dependientes, Instituto Costarricense de Investigación en Nutrición y Ciencia, Instituto Contra el Cáncer y Sección de Riesgos Profesionales, así como el Instituto de Deportes y Recreación.

Durante los años noventa, el Ministerio transfirió a la Caja Costarricense de Salud (CCSS) los programas preventivo promocionales, lo que ha permitido que esta institución readecue su modelo de atención, integrando las acciones de promoción y prevención a las de curación y rehabilitación (OPS, 2002).

Por su parte, la CCSS es el único organismo público que cubre el seguro de enfermedad y maternidad de toda la población del país y, para ello, cuenta con una red de servicios de primero, segundo y tercer nivel de atención. El primero proporciona servicios de cinco programas de atención integral a través de una red de 93 áreas de salud con 783 Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS) y algunas clínicas periféricas y desconcentradas (OPS, 2002).

El segundo nivel proporciona servicios de urgencias, apoyo al diagnóstico, consulta externa especializada y tratamientos quirúrgicos sencillos, a través de una red de clínicas mayores, hospitales periféricos y regionales (OPS, 2002).

Finalmente, el tercero cuenta con servicios de internación y servicios médico-quirúrgicos de alta complejidad tecnológica, los cuales se proporcionan en tres hospitales nacionales de concentración y cinco especializados. 90% de los habitantes está incorporado a este seguro de salud y el restante 10% puede recurrir a sus servicios en una situación de urgencia. El financiamiento del seguro público de salud proviene de tres fuentes: el patrón aporta 9,25% del monto de las planillas de pago, el trabajador aporta 5,50% de su salario y el Estado aporta 0,25% de la nómina nacional (en total, el financiamiento equivale a 15% del sueldo de los trabajadores) (OPS, 2002).

A continuación se presentan los antecedentes de la reforma del sistema sanitario que se llevó a cabo en los años noventa, así como los principales ejes que caracterizan al sistema actual costarricense.

### **1.3.2 Antecedentes de la reforma**

Los antecedentes de la actual estructura de salud se remontan a 1922, año en que se crea la Subsecretaría de Higiene y Salubridad Pública, y se comienzan a delinear las unidades sanitarias. En 1941, con el objetivo de reconocer la importancia de dar seguro a los empleados en relación de dependencia, nace la Seguridad Social.

En 1943 se establece la Ley de Garantías Sociales número 24, en la que se incorpora el derecho a la salud, al seguro, las vacaciones, los regímenes de invalidez, vejez y muerte, y el derecho a licencia por maternidad, entre otros.

Entre 1950 y 1960 se establece la Medicina Social<sup>11</sup> con la creación de la Junta de Protección Social de San José que nuclea bajo su cargo varios hospitales que luego, en 1973, fueron traspasados a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Esa medida permitió instrumentar una separación de funciones entre el Ministerio de Salud y la CCSS. Así, el Ministerio de Salud comenzó a realizar sólo actividades relacionadas con Atención Primaria de la Salud (APS) y la CCSS a dedicarse a lo curativo.

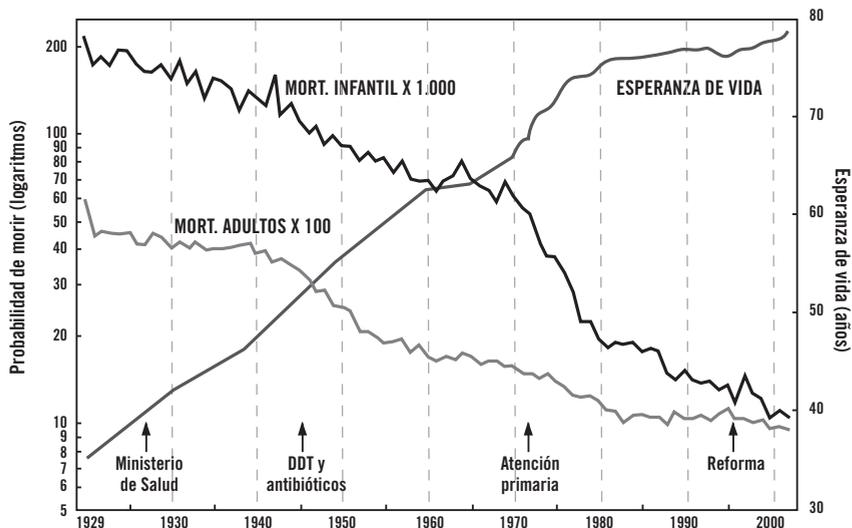
En ese período también se funda la Facultad de Medicina y se universalizan los seguros, entrando en vigencia la iniciativa de Invalidez, Vejez y Muerte, para brindar a los asalariados la protección obligatoria.

En 1975 se concreta la incorporación de trabajadores tanto empleados públicos como privados, al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte. Por último, en 1978, se reglamenta el seguro voluntario.

La reforma de los setenta permitió separar las funciones preventivas de las curativas, así como fortalecer los sistemas locales de salud. Esta medida amplió la cobertura de la vacunación, la letrización y la atención a la mujer embarazada, así como la atención al crecimiento y desarrollo de los niños. De esta forma, se lograron importantes resultados: disminución de la tasa de mortalidad infantil, aumento de la esperanza de vida al nacer y cambios en el perfil epidemiológico de la población. Además, se observó una gran caída en la morbilidad por infecciones, junto con cambios en el perfil demográfico de la población y en la estructura de demanda de servicios.

El siguiente cuadro ilustra las modificaciones en los índices de esperanza de vida, mortalidad infantil y adulta a partir de la aparición del DDT (insecticida utilizado para el control de vectores) y los antibióticos, el fortalecimiento de la APS y la reforma del sistema de salud, entre 1920 y 2000.

11. Entre los años 1830 y 1880 surgen en Inglaterra, Francia y Alemania propuestas de comprensión de la crisis sanitaria como un proceso fundamentalmente político y social que, en su conjunto, recibieron la denominación de Medicina Social (MS). En este movimiento se postula que la medicina es política aplicada en el campo de la salud individual y que la política no es más que la aplicación de la medicina en el ámbito social, curando los males de la sociedad. El movimiento de MS generó una importante producción doctrinaria y conceptual que proporciona las bases para los esfuerzos subsiguientes para el análisis de la cuestión de la salud en la sociedad. Ver: *La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica* (Filho y Palm).



Fuente: Desde 1970: INEC-CCP. Antes de 1970: Rosero y Caamaño: Estadísticas vitales de la antigua Dirección de Estadística y Censos corregidas por el autor y estimaciones de población del autor.

### 1.3.3 Características generales del sistema nacional de salud

El eje central de la reforma sanitaria se focalizó en la separación de funciones de rectoría que le corresponden al Ministerio de Salud, con las funciones de provisión que le corresponden a la CCSS. Como respuesta a esta separación también se lleva a cabo una readecuación del modelo de atención, el cual se caracterizaba por ser vertical y centralizado en su financiamiento. El nuevo modelo modifica esta estructura, descentraliza los recursos y focaliza sus programas de acuerdo con los diversos grupos poblacionales. Las experiencias de Inglaterra de 1989 y España fueron claros antecedentes de la reforma<sup>12</sup>.

A partir de los cambios implementados, al Ministerio de Salud le compete la función de rectoría de la Producción Social de la Salud, que implica proteger y mejorar con equidad el estado de salud de la población. Desde esta institución, se impulsa el modelo conceptual y estratégico de desconcentración y descentralización.

12. Inglaterra, cuyo Ministerio de Salud prestaba servicios según una organización altamente centralizada y jerarquizada, financió una investigación que tuvo por nombre El Libro Blanco y fue publicado en 1989. Las recomendaciones principales fueron separar la financiación de la provisión, introducir mayor descentralización delegando responsabilidad en el ámbito local, y que los hospitales públicos pasaran a ser independientes. En el caso de España, el Instituto Nacional de Salud en un informe reciente, obtiene conclusiones similares a las que obtuvo la experiencia inglesa.

Los elementos organizativos funcionales del modelo costarricense son:

- Definición de una oferta básica (necesidades de salud)
- Planificación Estratégica Local (eje del proceso de gestión)
- Equipo de salud con responsabilidades claramente definidas (espacio geográfico-poblacional delimitado)
- Escalonamiento de la oferta de servicios según niveles de atención
- Uso obligatorio del sistema de referencia y contrareferencia
- Incorporación de la comunidad en el proceso de planificación, evaluación y control
- Descentralización de la gestión
- Establecimiento de instancias formales de coordinación intra y extrasectoriales

Integralidad, continuidad, sujeto de atención (individuo, familia, comunidad y ambiente), interdisciplinariedad y multidisciplinariedad, amplia participación social, eficiencia, eficacia y calidad, son las características del nuevo modelo.

El sistema de salud de Costa Rica se basa sobre el concepto de Producción Social de la Salud, en tanto se reconoce que la salud es un producto social. Se reconoce que una persona sana es aquella que logró incorporar hábitos saludables a su vida y que va a requerir cada vez menos atención por parte de especialistas en salud.

Se retoma el concepto de Alma Ata, un proceso mediante el cual la interacción entre los actores sociales y de éstos con su entorno, genera como resultado final el estado de salud que caracteriza a una población. Por ello, la salud depende tanto de los diversos determinantes del proceso salud-enfermedad como de la respuesta social que se genere para abordarlo. Esto implica que la tarea no termina cuando se le transmite conocimiento a la población, sino que la sociedad tiene que introducir e implementar esos hábitos y que el Estado debe proveerle los medios para realizarlo.

En este contexto, el Ministerio de Salud de Costa Rica promueve la interrelación de entes que impactan de manera significativa sobre los determinantes de la dimensión socioeconómica, cultural, ambiental y biológica de la salud de las personas y del ambiente. En este sentido, la función de rectoría implica liderar, promover y articular los esfuerzos de los actores sociales y ejercer su potestad de autoridad sanitaria.

Las funciones del Ministerio de Salud se fueron redefiniendo. Actualmente se ejecutan las siguientes:

- **Dirección política de la salud.** Es el ejercicio que realiza en este caso la ministra o sus delegados para potenciar algún proyecto que requiera ser ejecutado.
- **Mercadotecnia de la estrategia de la promoción de la salud y la cultura de no exclusión,** permitiendo posicionar los valores del modelo en el accionar cotidiano de las personas.

- **Vigilancia de determinantes protectores de la salud.**
- **Planificación estratégica de la salud.** Se elabora con la comunidad respondiendo a un completo análisis de situación.
- **Modulación del financiamiento.** El Ministerio de Salud monitorea el presupuesto pactado.
- **Armonización de la provisión** entre el primer nivel de atención y el resto del sistema.
- **Evaluación del impacto sobre la nueva función.** Controlar las repercusiones y el impacto de las funciones que se incorporan.

Por su parte, la función de aseguramiento es detentada por la CCSS, que se vio fortalecida con la creación de los tres niveles de atención: un primer nivel de atención en el que se ubican los centros de salud –que absorbió los recursos humanos que prestaban servicios en el Ministerio–; un segundo, en el que se sitúan las clínicas y hospitales de menor complejidad; y un tercero de alta resolución con un hospital de alta complejidad.

La seguridad social costarricense se basa en seis principios. Es un sistema solidario al cual aportan los trabajadores, el Estado y los empleadores; universal porque cubre a todos los habitantes del país; equitativo porque pretende brindar atención de acuerdo con las necesidades; integral porque no solamente se atiende la enfermedad sino que se trata de dar prevención y rehabilitación, y único y obligatorio, en la medida en que todas las personas están incluidas en el sistema.

En el año 2000 el promedio nacional de coberturas de atención prenatal y atención del parto por personal calificado fue 89% y 97%, respectivamente; la cobertura de atención a menores de un año 93%; y la tasa de mortalidad infantil 10,2 por 1000 nacidos vivos. A partir de 1988, la CCSS inició la compra de servicios de primer nivel a proveedores externos denominados cooperativas de salud (OPS, 2002).

Un elemento clave en la reforma del sistema sanitario fue la promoción de la participación ciudadana “inteligente” a través de mecanismos legales como las Juntas de Salud que funcionan en cada una de las áreas sanitarias y que son entes auxiliares de los establecimientos y de las áreas de salud, que se crean con base en la Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la CCSS. Están integradas por dos representantes patronales, tres de la población asegurada y dos de la CCSS. De esta manera, cada vez que se toman decisiones, se hace de forma participativa y por consenso, empoderando a los ciudadanos con conocimiento sobre los servicios de salud.

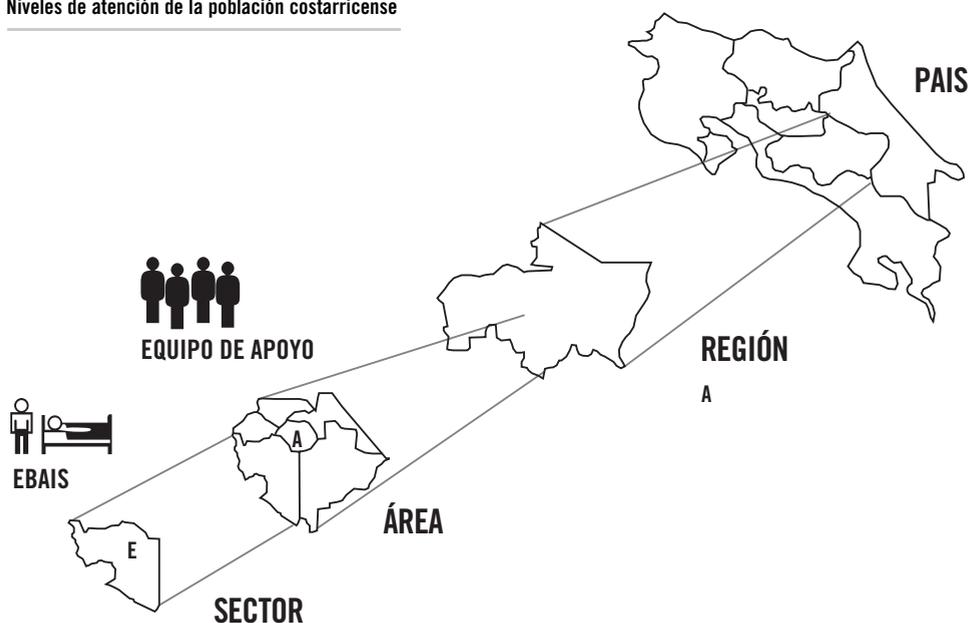
El primer nivel de atención se encuentra organizado en Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), y cada equipo se ocupa de la atención de unas 4.500 personas. Este modelo implica, en esencia, la asignación a un grupo de funcionarios en atención primaria de una población definida bajo criterios demográficos, medios de comunicación y

accesibilidad. Estos equipos están conformados por un médico general, un auxiliar de enfermería y un técnico de atención primaria de la salud denominado ATAPS. Las funciones de los EBAIS apuntan al mejoramiento en el acceso a los servicios de salud y la atención integral y continua de la salud y el ambiente, con énfasis en la promoción y prevención.

Por otra parte, les concierne promover una participación activa de la comunidad en el autocuidado de la salud, ejecución de actividades y gestión de los servicios. Dentro de las actividades que deben realizar los EBAIS se encuentran: consulta médica general; charlas educativas; vacunación; visitas domiciliarias; atención de programas al niño, adolescente, mujer, adulto, y adulto mayor; actividades en salud a grupos escolares y otros grupos focalizados, entre otras.

En el siguiente gráfico se señala cómo está distribuida la atención de la población costarricense a través de los diferentes niveles.

Niveles de atención de la población costarricense



En el primer nivel se realiza la mayoría de las acciones de atención primaria, donde los EBAIS son responsables de un sector poblacional y territorial. A su vez, se agregan otros sectores que conforman el área de salud en la que se requiere un equipo de apoyo que se desplaza para atender los problemas que se presenten por nivel de capacidad. Se integra con una enfermera, un odontólogo, un nutricionista y un microbiólogo. De esta forma, la población se encuentra cubierta con los servicios básicos y con el equipo de apoyo que lo acompaña.

En el segundo nivel se ubican las clínicas y hospitales generales y, en el tercero, se encuentran los hospitales especializados. Con la reforma se logró organizar estos tres niveles de acuerdo con la demanda y la capacidad de oferta.

Costa Rica posee asimismo un sistema privado al que accede básicamente la población de mayor poder adquisitivo, que ofrece una amplia red de servicios tanto en el primer nivel como en el segundo. Por el momento, el seguro privado está monopolizado por el Instituto Nacional de Seguros.

### **1.3.4 Desafíos del modelo costarricense**

**E**n virtud de los objetivos planteados a partir de la reforma del sistema sanitario, el de Costa Rica ha logrado posicionarse como un modelo exitoso en América Latina.

No obstante, la salud pública costarricense se enfrenta hoy a importantes desafíos. El sistema de seguridad social destina sus recursos no sólo a la atención de la enfermedad sino también a la rehabilitación. Esta situación impone la necesidad de atender a la sustentabilidad financiera a lo largo de este sistema, sin reducir sus prestaciones.

Por otra parte, el concepto de Producción Social de la Salud implica posicionar al Ministerio de Salud como principal autoridad sanitaria capaz de conducir a todos los actores involucrados en la sociedad a incorporar a la salud como un valor social en sus vidas cotidianas. De este modo, el desafío es fortalecer la función del Ministerio como rector de la Producción Social de la Salud para impulsar la estrategia que plantea pasar de la atención de la enfermedad hacia la promoción de la salud.





## SEGUNDA PARTE: GESTIÓN LEGISLATIVA EN SALUD



## 2. GESTION LEGISLATIVA EN SALUD / Programa de Salud de CIPPEC

### 2.1. Los procesos legislativos

#### 2.1.1 “Reglas de juego” y comportamiento de los actores en salud

Cada sistema sanitario adquiere características propias, producto de la interrelación de sus actores participantes, involucrados a partir de sus respectivos intereses. Estos actores, dependiendo de las naciones, pueden ser los gobiernos centrales y locales (provincias y municipios), las asociaciones de clínicas y sanatorios, los gremios de trabajadores de la salud, los financiadores y los prestadores privados en general, productores de insumos y las agrupaciones de pacientes, entre otros.

Estos actores cuentan con objetivos propios y a partir de ellos, y de las estrategias desarrolladas por los otros participantes, definen sus estrategias. Estas relaciones se dan en un contexto de incertidumbre debido a que no siempre se conocen con certeza los objetivos y acciones a ser llevados a cabo por otros.

La existencia de un marco regulatorio (reglas de juego del contexto), de algún modo influye en el comportamiento de los actores. En esta dirección, la alteración en las reglas del sector originadas en una reforma, por ejemplo, provocarán un reacomodamiento en las pautas de acción de cada uno de ellos (Maceira, 2007).

Esta referencia permite explicar cómo la existencia o no de determinados marcos institucionales (conformados por leyes nacionales, provinciales, decretos, resoluciones, etcétera) contribuyen a delinear características propias de los contextos en que se define la política pública.

En la Argentina, el marco regulatorio del sistema sanitario se encuentra definido en distintos niveles: supranacional, adhiriendo a ciertos tratados internacionales; nacional (Constitución Nacional, leyes nacionales, resoluciones del Ministerio de Salud de la Nación, decretos); y provincial (Constituciones provinciales, resoluciones ministeriales y leyes).

En esta dirección, el rol de las Legislaturas provinciales y nacionales como representantes de las necesidades de la sociedad adquiere relevancia, y aun más en contextos descentralizados, como es el caso del sistema de salud argentino.

En la Argentina, los gobiernos provinciales cuentan con gran autonomía en materia de desarrollo de políticas sanitarias y asumen la mayor parte de las responsabilidades en la provisión de servicios de salud. En este sentido, es especialmente relevante el potencial de las Legislaturas provinciales para impulsar cambios en el manejo de los recursos y en la definición de políticas sanitarias.

## 2.1.2 Identificación y priorización de intervenciones

La toma de decisiones en política sanitaria implica el establecimiento de mecanismos de identificación y priorización de necesidades, lo cual tiene su correlato en la normativa que avala dichas políticas.

El establecimiento de prioridades es uno de los desafíos centrales de cualquier sistema de salud. Tal proceso contempla la articulación de objetivos sanitarios múltiples y no necesariamente compatibles, en la medida en que se involucran aspectos de complejidad no sólo financiera (por las limitaciones para proveer cobertura total), sino también por la variedad de temáticas involucradas. La agenda de requerimientos en el sector de salud incluye desde una campaña de vacunación hasta el tratamiento de personas viviendo con HIV, y desde un plan de complemento nutricional hasta un mecanismo de copagos en un proceso de autogestión hospitalaria.

A este escenario de múltiples objetivos se suma la limitación presupuestaria que, en el caso particular del sector de salud, plantea un desafío delicado, en tanto la elección de prioridades puede impactar en la capacidad de sobrevivida o en la calidad de vida de grupos de población específicos. De esta manera, resulta extremadamente complejo establecer pautas y mecanismos para comparar y priorizar problemáticas a cubrir por el sistema de salud.

Específicamente en el campo de la salud, existen mecanismos para evaluar los beneficios sociales y la costo-efectividad de ciertas intervenciones por sobre otras. Evaluar costo-efectividad de una intervención implica medir los costos unitarios de las intervenciones frente a unidades comparables homogéneas de salud (por ejemplo: pesos por año de vida salvado). Esto permite contrastar intervenciones e identificar la más conveniente: la que a menor costo tiene mayor efecto expansivo en la sociedad.

En el contexto de una estrategia de atención primaria de la salud (APS) existen intervenciones de costos disímiles, con efectos multiplicadores importantes. Sin embargo, cuando se trata de naciones con recursos escasos, se deben seleccionar aquellos mecanismos que permiten maximizar la efectividad con los recursos disponibles. En este ámbito es donde todos los actores en juego desarrollan sus estrategias, en algunos casos alineados y en otros, encontrados, con el fin de alcanzar sus metas sectoriales.

En este sentido, desde la perspectiva del sector público —específicamente de los Poderes Ejecutivos y Legislativos—, establecer prioridades en materia de salud involucra dos cuestiones fundamentales:

- los mecanismos de priorización que determinan las intervenciones, programas y/o políticas se verán influenciados (positiva y negativamente) por la diversidad de actores que operan en el sector.

- la implementación de esas políticas modifican, en alguna medida, las reglas de juego (normativa), así como las estrategias y las acciones de los actores.

### 2.1.3. Definición de las “reglas de juego”: el proceso legislativo

Para entender la práctica del proceso legislativo, es importante, en primera instancia, conocer el proceso formal de por sí complejo.

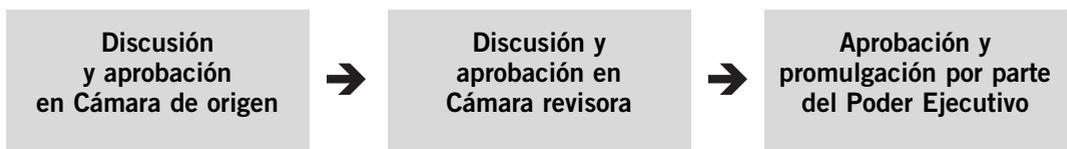
La Constitución de la Nación consagra en su capítulo quinto las normas que rigen el proceso de formación y sanción de las leyes, y le dedica ocho artículos (del 77 al 84). En ellos se establece el mecanismo a seguir para que un proyecto sea transformado en ley de la Nación. Este mecanismo incluye una serie de procedimientos a los que deberán ajustarse los senadores y diputados para hacer efectivos sus proyectos.

Asimismo, los proyectos se ajustan a una lógica temporal y jerárquica dispuesta por la propia dinámica de las Cámaras. Todo proyecto tiene un recorrido administrativo, superando instancias que exigen mayor o menor dificultad (Barón, 2003).

Los proyectos comienzan a elaborarse en los despachos de los legisladores, se presentan en la Mesa de Entradas de la Cámara, donde se les asigna un número de expediente, se giran a las Comisiones de asesoramiento según el asunto que traten, pasan el examen de asesores y legisladores de Comisión, donde se elabora un dictamen y alcanzan entonces la instancia de la Comisión de Labor Parlamentaria, cuyos integrantes determinarán el momento en que será considerada y votada por los legisladores en sesión (Barón, 2003).

Un proyecto puede demorar días, meses o años en superar tales etapas en las comisiones de asesoramiento y en Labor Parlamentaria. Una vez vencido su tiempo de vigencia, el antiguo proyecto deberá ser impulsado mediante una nueva iniciativa que lo actualice (Barón, 2003).

El circuito “ideal”, en cuanto a la economía del proceso, sería el siguiente (Barón, 2003):



Sin embargo, el circuito puede ser más complejo y, muchas veces, al hacerlo se enriquece. De hecho, los proyectos de mayor importancia y gravitación sufren constantes revisiones, marchas y contramarchas, no sólo por razones de redacción o forma, sino también por divergencias políticas (Barón, 2003).

**Recorrido de la Ley 25.673 de creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (Barón, 2003):**

1. Un conjunto amplio de diputados presenta un total de ocho proyectos entre mediados de 1999 y 2000, los cuales ingresan en la Mesa de Entradas de la Cámara baja.
2. Dado que todos los proyectos concernían al mismo asunto –la creación de este programa en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación– Mesa de Entradas los consideró globalmente y los distribuyó en las siguientes Comisiones:
  - Acción Social y Salud Pública;
  - Familia, Mujer y Minoridad;
  - Presupuesto y Hacienda
3. Las Comisiones tratan la forma de unificar los ocho proyectos en un mismo texto y elaboran un dictamen en conjunto, que pone de manifiesto una amplia base política de acuerdo y se firma el 28 de septiembre de 2000. Se publica en la Orden del Día N° 1147.
4. El despacho pasó a manos de la Comisión de Labor Parlamentaria, cuyos integrantes no alcanzaron a incluirlo durante el período de sesiones ordinarias de ese año.
5. El proyecto se retoma al comienzo de las sesiones ordinarias de 2001. Labor Parlamentaria dispone que el plenario lo considere y vote en la sesión del 18 de abril. Ese día, la Cámara de Diputados le da media sanción al proyecto.
6. Dos días después, el proyecto es presentado ante la Mesa de Entradas del Senado, que decide girarlo a las Comisiones de Asistencia Social y Salud Pública; Familia y Minoridad; y Presupuesto y Hacienda.
7. El 23 de abril de 2001 el proyecto ingresa a las tres comisiones del Senado, o Cámara “revisora” en este caso. Allí demandará la firma de dos dictámenes unificados, el primero de los cuales se firma el 19 de noviembre de 2001, es decir, al límite del período ordinario de sesiones de ese año.
8. En el Senado se producen divergencias, hecho que deriva en la elaboración de un nuevo dictamen. El proyecto se actualiza con la activación de un nuevo expediente, que respeta el texto original de Diputados (Moro y otros, 1902-S-02). El proyecto vuelve a ingresar en las tres comisiones el 10 de diciembre de 2001 y el dictamen definitivo es rubricado el 15 de agosto de 2002.
9. Durante la sesión del 23 de octubre, el Senado decide por “moción de preferencia” (significa la decisión de anticipar el momento para tratar y votar una iniciativa) que el proyecto de Salud Sexual y Procreación Responsable se considere en la siguiente sesión.
10. En efecto, durante la sesión del 30 de octubre de 2002 el Senado sanciona el proyecto. La promulgación es automática y se produce el 21 de noviembre (no hubo vetos ni observaciones por parte del Poder Ejecutivo Nacional). Un día después, aparece publicado en el Boletín Oficial de la Nación con el número de Ley 25.673.

La tarea de un cuerpo legislativo y de sus integrantes, en la génesis y la elaboración de una ley, se sintetiza en las siguientes etapas (Svetaz, Et.Al. 2003):

- 1) Una correcta y oportuna recepción de las demandas que plantea la sociedad o un sector de ella.
- 2) Un ajustado análisis global del problema planteado y una evaluación de cuál es la solución conveniente (fijación de prioridades). Para ello, la tarea legislativa requiere de

una permanente interconsulta con todos los sectores involucrados en el problema y no sólo con aquellos que lo han planteado.

3) La toma de una decisión refleja verdaderamente la búsqueda de la voluntad común, y no la mera y circunstancial voluntad de la mayoría. Sólo de ese modo se logrará una solución estable.

4) La correcta formulación del texto escrito que, como forma legal, deberá reflejar ese acuerdo decisorio a que se ha arribado, garantizando la unicidad de su interpretación en salvaguarda de la igualdad ante la ley y de la seguridad jurídica.

5) La adecuada difusión de la normativa sancionada, a fin de que la ciudadanía comprenda que la solución adoptada es la más adecuada entre todas las soluciones posibles. De este modo, el cumplimiento de las normas se producirá preponderantemente en virtud de un acatamiento voluntario y no simplemente por la fuerza coactiva del Estado.

6) La rápida, perspicaz y segura percepción de los cambios sociales que puedan producirse a ese respecto y que harán necesaria una readecuación de la normativa. Es decir, la retroalimentación del sistema.

## 2.2. Legislar en Salud

### 2.2.1. Introducción

En función del intercambio generado en el Seminario “El rol legislativo en la formulación de políticas sanitarias”, el siguiente apartado se propone profundizar en la gestión legislativa en materia de salud, de los distritos de Catamarca, Córdoba, Corrientes, Mendoza, Salta, San Luis, Santiago del Estero y Tierra del Fuego y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, motivando un aprendizaje común que proporcione un sustento práctico para la labor legislativa.

En primer lugar, se analizará el origen de los proyectos de ley de acuerdo con las motivaciones que determinan su redacción: personales de los legisladores, en respuesta a un reclamo social o por iniciativa del Poder Ejecutivo Provincial o Nacional. Este análisis permite conocer cuáles son los intereses o preocupaciones canalizados por las Legislaturas provinciales.

Posteriormente, se presentarán las dificultades que surgen en el proceso de formación de una ley. Resolver un problema de la realidad a través de una legislación implica confrontar con problemáticas locales que en determinadas circunstancias se encuentran directamente relacionadas con la sustentabilidad económica de la provincia o, incluso, con creencias religiosas arraigadas. Además, esta sección analizará la implicancia del alineamiento entre el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo, un factor político que en algunos casos facilita y, en otros, desacelera el tiempo de los procedimientos legislativos.

Una vez transitado el proceso de aprobación de una ley, se percibe un problema común relacionado con su reglamentación. Esta problemática comprende la acción del Poder Ejecutivo que, por burocracia o inclinación política, retrasan generalmente la acción de reglamentar aquellas leyes que así lo requieran.

### 2.2.2 El origen de las leyes

El análisis del origen de las leyes involucra a los actores que impulsan los proyectos así como también a las motivaciones que los sustentan. En el primer caso, si bien los propios legisladores y sus asesores son quienes redactan las normas, las iniciativas pueden surgir desde distintos sectores de la sociedad (individuos, organizaciones de la sociedad civil, grupos de interés) o desde el propio gobierno representado por el Poder Ejecutivo.

Por su parte, las motivaciones que dan origen a los proyectos de ley pueden ser innumerables. De acuerdo con lo debatido en el Seminario por los legisladores, generalmente la observación de las necesidades sociales se destaca como el principio que da iniciativa a los proyectos de ley, y sobre los cuales comienza a erigirse una política de salud. Tal es el caso de un proyecto sobre detección temprana del Chagas en Salta, impulsado por el diputado Omar Sochez López, quien se hizo eco de una expansión de la enfermedad en varias regiones de la provincia.

Estadísticas o investigaciones que proveen información objetiva pueden promover la reflexión crítica sobre los acontecimientos y, a partir de ello, se comienza a desarrollar una normativa que busque solucionar el problema. Por ejemplo, basándose en un aumento del índice de niños nacidos de madres infectadas por el virus del SIDA, en la Legislatura cordobesa, el Doctor Carlos Nouzeret (Legislador Provincial por el Departamento Totoral, y presidente de la Comisión de Salud Humana) presentó un proyecto que impulsa la obligatoriedad de análisis de SIDA a toda mujer embarazada mayor de 14 años. Otro ejemplo es el caso de Catamarca, donde a partir del alto índice de muertes en accidentes de tránsito a causa de la falta de uso del casco, se promovió un proyecto para la venta obligatoria de motos conjuntamente con el casco reglamentario.

Existen otros casos donde los proyectos surgen en respuesta a situaciones existentes de hecho, donde la ley resulta ser la etapa final de un proceso ya establecido en determinada comunidad.

Distintos factores confluyen y proveen al legislador de información útil para formar su decisión (Svetaz; Et. Al, 2003):

1. Conocimientos que derivan de sus propias vivencias como hombre y ciudadano (estudiante, sujeto pasivo de los medios de comunicación masiva, votante, etcétera).
2. Conocimientos acerca de su distrito, de las características de su gente, de sus conflictos e intereses.
3. Conocimientos de expertos y legos derivados de su formación profesional y su acti-

vidad laboral.

4. Conocimientos generales de las necesidades e intereses de grupos y comunidades.
5. Su formación ética.
6. Saberes adquiridos a lo largo de su actividad parlamentaria.

Más allá de qué y quiénes influyen en el legislador para dar origen a las normas, en todos los casos deberían responder a las necesidades de la sociedad en su conjunto y representar sus intereses, contribuyendo a la conformación de escenarios o “reglas de juego” justas y equitativas.

### 2.2.3. El proceso de formación de una ley

La rapidez no es un atributo esencial de una Legislatura y, en la mayoría de los casos, acelerar el proceso legislativo no es un propósito deseable. Desarrollar la política pública toma tiempo, mismo en esta era de comunicaciones casi instantáneas. Se debe consultar con los varios sectores de la sociedad que van a ser afectados por determinada ley para conocer sus opiniones. Se debe consultar, asimismo, la opinión de los funcionarios ejecutivos que se van a encargar de la ejecución de la nueva política. Los peritos, eruditos y especialistas técnicos, todos tienen un interés comprensible en aportar a la política definitiva que promulgue la Legislatura. Se deben movilizar las facciones legislativas dentro de los partidos y a través de las líneas partidarias en apoyo a la propuesta. La acción rápida puede ser acción irreflexiva (Rundquist, 1990).

Legislar es emprender un largo camino intelectual que comienza con la identificación de una demanda social y culmina con la sanción de un texto normativo. En este proceso intervienen diversos sujetos, que actúan en diferentes ámbitos y aplican distintos procedimientos. En su desarrollo se integran actos de pura representación, instancias de participación y momentos de deliberación. De la calidad de este proceso depende en gran parte la calidad del texto normativo (Svetaz, Et. Al, 2003).

Haciendo referencia a las normativas sanitarias, la complejidad de los procesos legislativos se potencia con la intervención de elementos ajenos al campo de la salud, complejizando aun más el proceso de formación de las leyes.

Así, es frecuente observar la existencia de proyectos que pretenden mejorar la calidad de vida de una población enfrentándose a fuertes intereses económicos. Un ejemplo son los casos en los que se intenta poner límites a la utilización de sustancias químicas que facilitan la actividad minera, porque provocan efectos nocivos en la población, generando enfermedades renales y respiratorias.

En otras ocasiones, grupos con creencias religiosas arraigadas juegan un rol fundamental en el proceso de aprobación o no de una ley. Tal es el caso de las leyes que involucran temas de salud

sexual y reproductiva, ligadura de trompas o educación sexual en las escuelas, por ejemplo.

Las dificultades en el proceso de generación de una ley asumen otra perspectiva si nos referimos a los impedimentos o facilitadores políticos que surgen de la relación de alineamiento entre el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo. Las posturas al respecto se encuentran divididas, en tanto que esta relación puede facilitar o acaso interponerse en el proceso.

En algunos casos, se llega a priorizar el alineamiento político por sobre el contenido y la calidad del proyecto. De acuerdo con las experiencias expuestas en el Seminario, existen ocasiones en las que se desechan proyectos sistemáticamente sólo por haberse originado en la oposición.

#### **2.2.4. La reglamentación e implementación**

La promulgación es el acto mediante el cual el Poder Ejecutivo aprueba el proyecto sancionado por el Congreso, otorgándole fuerza de ley.

En algunos casos, la ley requiere ser reglamentada para su implementación. De acuerdo con las opiniones expuestas durante el Seminario, para algunos la reglamentación puede convertirse en un impedimento más instrumental que político y, por este motivo, se debe ser taxativo en la redacción de la ley.

En otros casos, la reglamentación puede retrasar el proceso de implementación de una política, en la medida en que, dependiendo de la temática, deben consultarse a distintos Ministerios o departamentos del Poder Ejecutivo involucrados en su ejecución.

### **El largo camino hacia la reglamentación de la Ley de fortificación de las harinas**

El Congreso de la Nación sancionó en el mes de julio de 2002 la Ley 25.630, que establece la fortificación obligatoria de la harina de trigo destinada al mercado nacional con ácido fólico, hierro, tiamina, riboflavina y niacina. La industria harinera, en su mayoría, exporta este alimento y los países receptores ya exigen la debida fortificación. Su efectiva aplicación lograría reducir en la Argentina, de 700 a 567 el número de bebés nacidos anualmente con defectos del tubo neural (anomalías del cierre de la médula espinal, espina bífida y defectos en la formación del cerebro). Asimismo, contribuiría a disminuir los altos niveles de anemia, sobre todo en embarazadas y niños. El 22 de agosto de 2002 fue promulgada la mencionada ley y, de acuerdo con el plazo de 60 días que establecía en su artículo 10, debía reglamentarse para octubre de 2002. También en ese mismo plazo se tenían que introducir modificaciones al Código Alimentario Argentino, necesarias para el cumplimiento de la ley.

En noviembre del mismo año, la Secretaría de Programas Sanitarios, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, comenzó a trabajar en la reglamentación de la ley. Luego, el proyecto de reglamentación fue enviado a la Procuración del Tesoro y, de allí, al Ministerio de la Producción que, conjuntamente con la Secretaría antes mencionada, concluyeron con el proceso de reglamentación. También participaron el Departamento de Nutrición de la Dirección Nacional Materno Infantil, así como la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) a través del Instituto Nacional de Alimentos (INAL). Por las mismas razones, se realizaron las consultas pertinentes a las Federaciones de los industriales harineros, panaderos y de productos alimenticios. Finalmente, la ley fue reglamentada por el Decreto Nacional 597 del 13 de agosto de 2003, un año más tarde de lo estipulado. En dicho decreto se estableció un plazo de 90 días para iniciar la implementación de la ley con respecto a las harinas de panificación y las harinas de venta directa al público; 180 días para las pastas secas, a los fines de posibilitar los pertinentes estudios de factibilidad, estabilidad y lapsos de aptitud del producto, y 240 días para los productos con un alto valor de actividad acuosa y/o de materia grasa, a los fines de realizar los debidos estudios de factibilidad, estabilidad de productos, posibles alteraciones organolépticas y lapsos de aptitud de los mismos.

La Ley 25.630 ejemplifica la complejidad que pueden alcanzar los procesos desde que una ley es sancionada hasta que se convierte efectivamente en una política y tiene efectos tangibles para la población.

Por su parte, la problemática sobre cómo la población incorpora una nueva normativa a su vida cotidiana es un asunto complejo, que involucra cuestiones tanto psicológicas como sociales. En algunos casos las leyes se imponen a creencias arraigadas en la conducta de las personas, dificultando la posibilidad de instaurar una nueva normativa. Por este motivo, es aconsejable realizar previamente una consulta a la sociedad o al grupo al que está dirigida la ley.

Asimismo, las políticas sanitarias difícilmente sean exitosas si no toman como punto de partida las condiciones de vida de la población. Las necesidades de salud se encuentran intrínsecamente ligadas con los estilos de vida y, por ello, es un requisito fundamental conocerlos. Así es como en la provincia de Córdoba se impulsó una ley que regula el uso de agroquímicos, puesto que existen muchas poblaciones cercadas por campos en donde su uso indiscriminado acarrea serios problemas de salud.

Un aspecto no menos importante para la efectiva ejecución es la necesidad de publicar y difundir las normativas, especialmente cuando se trata de garantizar el derecho a la salud. Conocer las normativas que materializan derechos como la atención gratuita en los establecimientos públicos de salud, así como contar con información sobre los distintos métodos anticonceptivos, son algunos ejemplos.

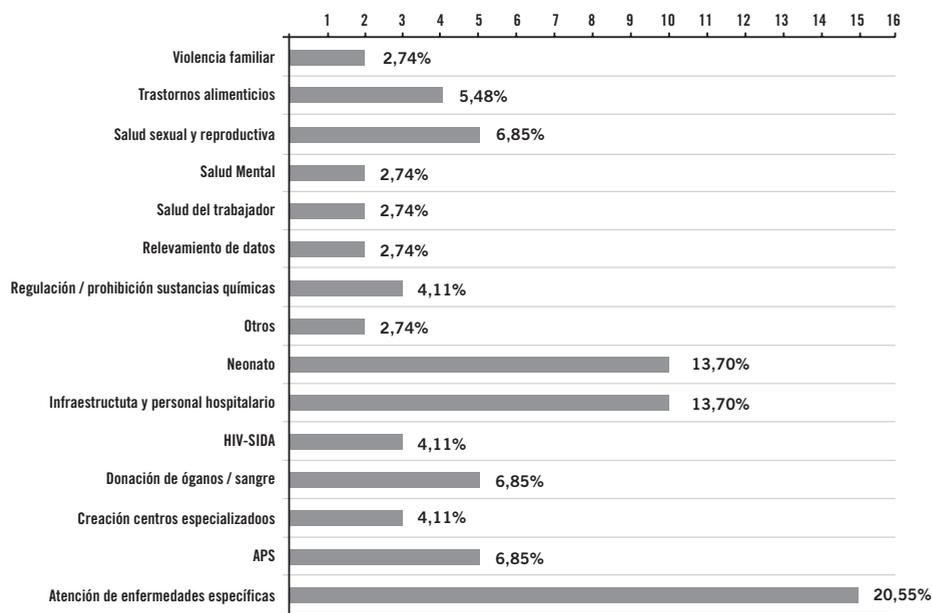
### 2.2.5. Análisis de casos

El presente apartado analiza lo acontecido en materia de salud entre 2006 y 2007 en las Legislaturas de las provincias de Catamarca, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, Corrientes, Mendoza, Salta, San Luis, Santiago del Estero y Tierra del Fuego.

En este fin, se realizó una recopilación de leyes y proyectos presentados durante el período mencionado. La información fue provista por los legisladores asistentes al Seminario y se obtuvo mediante las páginas web de las Legislaturas.

Se establecieron 15 tópicos legislativos sobre el total de las 73 leyes relevadas. Las normas legislativas se agruparon siguiendo como criterio la similitud de los temas abordados relativos a políticas o disposiciones sanitarias (Cuadro 1).

**Cuadro 1. Frecuencia según tópico legislativo**



Fuente: elaboración propia de CIPPEC sobre la base de información provista por legisladores provinciales y páginas web legislativas consultadas.

En primer lugar, se observa que el mayor porcentaje respecto a la elección de los temas legislativos se concentra en “Atención de enfermedades específicas”, entre las que se encuentra el chagas, la diabetes, la hipoacusia, etcétera. Ello refleja la práctica recurrente de legislar sobre temas específicos y sobre la enfermedad o la excepción, en contraposición con temas relacionados con el marco general de un sistema de salud, como reformas sanitarias y prevención, y atención primaria de la salud.

Por otra parte, también se destacan las temáticas relacionadas con la “Infraestructura y el personal hospitalario” y aquellas asociadas con “Neonato”, ambos comprenden 13,70% sobre el total de los casos.

Detrás de la cifra porcentual de 6,85% se encuentran tres tópicos legislativos: “Salud sexual y reproductiva”, “Donación de órganos/sangre” y “Atención Primaria de la Salud”. Con una cifra poco menor, el tópico de “Trastornos Alimenticios” comprende 5,48 %.

Entre los porcentajes más bajos se observa 4,11% referido a la “Regulación/prohibición del uso de sustancias químicas”, también a las políticas relativas al “HIV – SIDA” y, por último, a la “Creación de centros especializados”.

Al enunciar la incidencia porcentual menos significativa del cuadro, se encuentran los tópicos de “Violencia familiar”, “Salud mental”, “Salud del trabajador”, “Relevamiento de datos” y “Otros”, concentrando 2,74%.

Estos datos muestran que cada provincia releva proyectos y leyes que tienen que ver con cuestiones particulares, enfermedades y/o problemáticas que se presentan según variables geográficas o políticas independientes de cada jurisdicción.

Asimismo, resulta interesante el análisis de la distribución de estos datos por provincia que presenta el Cuadro 2.

Cuadro 2. Tópico legislativo según provincia

Tópico Legislativo	Provincias									Total %
	Catamarca	Córdoba	Corrientes	G.C.B.A	Mendoza	Salta	San Luis	Santiago del Estero	Tierra del Fuego	
Atención de enfermedades específicas	20		7	13	13		7	13	27	100
Atención Primaria de la Salud			20	60			20			100
Creación centros especializados				33	67					100
Donación de órganos / sangre	20				20		40		20	100
HIV-SIDA		67			33					100
Infraestructura y personal hospitalario		20	10	60		10				100
Neonato		20	10		20	10	10	10	20	100
Otros		50	50							100
Regulación / prohibición sustancias químicas	33	33			33					100
Relevamiento de datos		50		50						100
Salud del trabajador			50	50						100
Salud Mental	50		50							100
Salud sexual y reproductiva		20	20	20			20	20		100
Trastornos alimenticios	25				75					100
Violencia familiar		50				50				100

Fuente: elaboración propia de CIPPEC sobre la base de información provista por legisladores provinciales y páginas web legislativas consultadas.

Respecto del tópico de “Atención de enfermedades específicas”, el mayor porcentaje se concentra en la provincia de Tierra del Fuego, alcanzando 27%. Esta cifra se ve reforzada al considerar que sobre la totalidad de proyectos y leyes de esta provincia, este tópico representa 57%.

La “Atención Primaria de la Salud” se concentra fundamentalmente en la ciudad de Buenos Aires, con 60%. En Corrientes y San Luis este tópico alcanza 20% y en el resto no se encontró registro.

Se destaca la frecuencia de proyectos de ley destinados a la población infantil bajo el rubro “Neonato”. Siete de las nueve provincias formularon proyectos relacionados con la lactancia, maternidad y paternidad responsable y parto humanizado, entre otros.

Asimismo, como se observa en la tabla, en cinco provincias se trataron temas de “Salud sexual y reproductiva”, a pesar de la existencia del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva amparado por una ley nacional a la que las provincias pueden adherir.



### 3. CONCLUSIONES

El sector de salud en la Argentina representa un caso extremo de asimetría en información entre el proveedor de servicios y quien recibe la atención. En la mayoría de los casos el paciente no se encuentra en condiciones de determinar si las prestaciones que recibe son las adecuadas o si se atienen a los estándares aceptados por la profesión médica, como una atención de calidad "correcta". Esta caracterización de la relación médico-paciente, así como otras asimetrías que se desarrollan en el sector, como la del asegurado–asegurador, justifica la intervención reguladora y fiscalizadora del Estado con el objetivo de disminuir dicha brecha.

El Estado, como garante de los derechos ciudadanos, debe procurar que todas las personas tengan acceso adecuado y oportuno a servicios de calidad en salud. Para hacer efectivos estos derechos, ejerce las funciones de rectoría y regulación y debe garantizar el cumplimiento adecuado de las funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud, que pueden ser ejercidas tanto por organismos públicos como privados. Las políticas públicas son el instrumento a través del cual el Estado ejerce estas funciones que le son propias.

El marco normativo de las políticas configura el escenario sobre el cual se implementarán las intervenciones. En esta dirección, el rol legislativo es clave en la definición de las “reglas de juego” que guían las acciones de los actores que operan en el sector.

En materia sanitaria, el proceso legislativo, liderado por los representantes elegidos democráticamente, se complejiza en la medida en que intervienen factores externos a la salud. Aquí la asimetría de información entre el ciudadano y sus representantes se potencia.

Como fue mencionado, la toma de decisiones en política sanitaria implica el establecimiento de mecanismos de identificación y priorización de necesidades y, en este sentido, el ciudadano no siempre se encuentra en condiciones de hacerlo. Los legisladores, que representan las necesidades e intereses de la sociedad en su conjunto, deben velar por la defensa de los ciudadanos, logrando un mayor impacto a un menor costo. Normativas que promuevan la salud como las de “espacios libres de humo” suelen ser más efectivas que actuar sobre la enfermedad.

El Seminario sobre “El rol legislativo en la formulación de políticas de salud”, que CIPPEC realizó el 12 de diciembre de 2007, con el apoyo de Wyeth y que generó esta publicación, intenta promover entre los legisladores provinciales la necesidad de fortalecer la estrategia de atención primaria de la salud a través de un marco normativo que la sustente. Esta necesidad encuentra justificación al observar que la legislación aprobada durante los dos últimos años en los recintos de los distritos de Catamarca, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba,

Corrientes, Mendoza, Salta, San Luis, Santiago del Estero y Tierra del Fuego dedica un espacio limitado a la regulación de la estructura del sistema de salud así como de los modelos de atención.

La propuesta de esta iniciativa es propiciar un debate que permita no sólo articular necesidades de la población con la tarea legislativa, sino también facilitar la comunicación y difusión de marcos normativos y experiencias exitosas entre los niveles locales con problemáticas similares.

## 4. BIBLIOGRAFÍA Y SITIOS WEB CONSULTADOS

- Barón, María:** “Formación y Sanción de leyes en el Poder Legislativo”. Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC), Buenos Aires, 2003.
- Bianchi, Alberto B.:** “La delegación legislativa”. Editorial Ábaco de Rodolfo Desalma, Buenos Aires, 1990.
- Böhmer, Martín (Ed. Gral.):** “Manual de Primeros Auxilios Legales: una guía para conocer sus derechos y saber cómo ejercerlos en la vida cotidiana”. 2da. Edición Secretaría de Cultura de la Presidencia de la Nación y Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC), 2007.
- Bulygin, Eugenio:** “Teoría y Técnica de Legislación”. *Ciencia, pensamiento y cultura* N° 533, 1990, pp. 9-30.
- Cabrera, Oscar Adolfo (coord.):** “Manual de Técnica Legislativa”, Comisión Especial de Ordenamiento Normativo y Técnica Legislativa, Biblioteca de la Sindicatura General de la Ciudad de Buenos Aires, 1999.
- Declaración de ALMA-ATA:** “Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud”, Alma-Ata, USSR, 6-12 septiembre 1978.
- deKieffer, Donald E.:** “The Citizen’s Guide to Lobbying Congress”. Chicago Review Press, Chicago, 2002.
- Jones, Mark P.; Saiegh, Sebastián; Spiller, Pablo T.; Tommasi, Mariano:** “Políticos profesionales, legisladores ‘amateurs’”: El Congreso argentino en el siglo XX”. Documento 45, Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional (CEDI)/Fundación Gobierno y Sociedad, Buenos Aires, noviembre 2000.
- Maceira, Daniel:** “Dimensiones Horizontal y Vertical en el Aseguramiento Social en Salud de América Latina y el Caribe”, Iniciativas Latinoamericanas (HSPH, FPMD, PHR, PAHO, USAID), Edición Especial 3, 2001.
- Maceira, Daniel:** “Economía política de las reformas de Salud: Un Modelo para Evaluar Actores y Estrategias”. Nota Técnica de Salud No. 2/2007, Banco Interamericano para el Desarrollo, Washington D.C., 2003.
- Maceira, Daniel:** “Descentralización y Equidad en el Sistema de Salud Argentino”, en Flood, C., *La política del gasto social: lecciones de la experiencia argentina*. Editorial La Colmena, Buenos Aires, 2006.
- Maceira, Daniel:** “Crisis económica, política pública y gasto en salud. La experiencia Argentina”. Documento de Trabajo, CIPPEC, Buenos Aires, marzo de 2008.
- Maceira, Daniel; Olaviaga, Sofía; Kremer, Pedro; y Cejas, Cintia:** “Centros de Atención Primaria de Salud: radiografía de su distribución en la Argentina”. Documento de Políticas Públicas, CIPPEC, Buenos Aires, julio de 2006.
- Meehan, José Héctor:** “Teoría y Técnica Legislativas”. Ediciones Depalma, Buenos Aires, 1976.
- Ministerio de Salud de la Nación:** “Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007”, Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, mayo 2004.
- Molinelli, Guillermo; Palanza, Valeria; y Sin, Gisela:** “Congreso, Presidencia y Justicia en Argentina. Materiales para su estudio”. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional

(CEDI)/Fundación Gobierno y Sociedad, Editorial Temas, Buenos Aires, 1999.

**Organización Panamericana de Salud (OPS):** “Planificación Local Participativa”, OPS, Washington, DC, 1999.

**Organización Panamericana de la Salud (OPS):** “Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica”. Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud, División de desarrollo y sistemas de servicios de Salud, Costa Rica, 2002.

**Organización Panamericana de la Salud (OPS):** “Renovación de la Atención Primaria de la salud en las Américas”, Documento de posición, OPS, Washington, DC, 2005.

**Palanza, Valeria:** “¿Qué hizo el Congreso en política social durante la década de los noventa?”. Documento 70, Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional (CEDI)/Fundación Gobierno y Sociedad, Buenos Aires, junio 2002.

**Rundquist, Paul:** “Modernización de la Función Legislativa”. Documentos y Conclusiones, Primer Congreso Internacional de Modernización Parlamentaria, Buenos Aires, 1990,

**Svetaz, María Alejandra:** “La Calidad de la Deliberación”. Segundo Congreso Argentino de Administración Pública. Sociedad, Estado y Administración, Buenos Aires, 2003.

**Svetaz, María Alejandra; Ubertone, Fermín P.; Rona, Nicolás y Bourbon, Héctor Pérez:** “La Calidad en la tarea legislativa”. Segundo Congreso Argentino de Administración Pública. Sociedad, Estado y Administración, Buenos Aires, 2003.

**Torres, Natalia:** “Manual de Incidencia en el Poder Legislativo”. Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC), Buenos Aires, 2004.

## Sitios web consultados

### Información general sobre legislación en salud

[www.infoleg.gov.ar](http://www.infoleg.gov.ar)

[www.legisalud.gov.ar](http://www.legisalud.gov.ar)

[www.senado.gov.ar/web/informacion/legislativo/senado/autoridades/mesa.php](http://www.senado.gov.ar/web/informacion/legislativo/senado/autoridades/mesa.php)

[www.legislaw.com.ar/gobi/ppoleg.htm](http://www.legislaw.com.ar/gobi/ppoleg.htm)

[www1.hcdn.gov.ar/dependencias/dip/NPag/aenlaces.htm](http://www1.hcdn.gov.ar/dependencias/dip/NPag/aenlaces.htm)

[www.bcnbib.gov.ar/legisladores/legisladores\\_01\\_04\\_14.htm](http://www.bcnbib.gov.ar/legisladores/legisladores_01_04_14.htm)

[www.hcdiputados-ba.gov.ar/ley\\_buscxnro.htm](http://www.hcdiputados-ba.gov.ar/ley_buscxnro.htm)

### Legislaturas provinciales

[www.catamarca.gov.ar/senado/](http://www.catamarca.gov.ar/senado/) (Catamarca)

[www.legislaturamendoza.gov.ar](http://www.legislaturamendoza.gov.ar) (Mendoza)

[www.senadoctes.gov.ar/](http://www.senadoctes.gov.ar/) (Corrientes)

[www.jussantiago.gov.ar/Links/legislacion.htm](http://www.jussantiago.gov.ar/Links/legislacion.htm) (Santiago del Estero)

[www.camdipsalta.gov.ar/historia.htm](http://www.camdipsalta.gov.ar/historia.htm) (Salta)

[www.legistdf.gov.ar/](http://www.legistdf.gov.ar/) (Tierra del fuego)

[www.diputadosanluis.gov.ar/](http://www.diputadosanluis.gov.ar/) (San Luis)

[www.legiscba.gov.ar/nacionales.asp](http://www.legiscba.gov.ar/nacionales.asp) (Córdoba)

[www.legislatura.gov.ar](http://www.legislatura.gov.ar) (Ciudad Autónoma de Buenos Aires)

## 5. ANEXOS

### 5.1 Sinopsis leyes provinciales

#### CATAMARCA

**Proyecto de Ley: Creación de un Programa de Protección Integral para las Personas Trasplantadas y para las que se encuentran en tratamiento a la espera de órganos para trasplante (Fecha: 27.06.07).**

No se considerará impedida para el ingreso laboral en el sector público como en el privado, la persona que haya sido sometida a un trasplante de órgano. Las personas trasplantadas o en lista de espera, podrán solicitar un pase libre que los habilite para el uso gratuito de servicios públicos de transporte. Los beneficiarios de esta ley también contarán con atención psicológica y/o psiquiátrica.

**Proyecto de Ley: Por el cual se propicia la atención por parte del Estado provincial de aquellos que padecen la enfermedad de Crohn en la provincia (Fecha: 22.11.06).**

Este programa comprende: provisión gratuita de la medicación específica; cobertura integral de los tratamientos con carácter interdisciplinario, sin topes o límites de sesiones; cobertura de los tratamientos médicos y farmacológicos, y demás terapias que se consideren necesarias en cada caso para las personas afectadas por la enfermedad de Crohn, independientemente de su edad.

**Ley 5.200: Incorporación de la obesidad como enfermedad en el sistema público y privado de salud de la provincia (Fecha: 8.11.06).**

La enfermedad obesidad deberá abordarse en todas sus etapas: a) prevención: educación sanitaria, dirección y tratamiento de factores de riesgo, programas de alimentación saludable; b) diagnóstico: mediante la aplicación de criterios clínicos antropomédicos, diagnósticos por imágenes y bioquímicos; c) tratamiento: educación alimentaria y seguimiento nutricional, programa de actividad física, apoyo psicológico, apoyo de servicio social. Tratamiento médico y tratamiento quirúrgico cuando se considere necesario.

**Proyecto de Ley: Asistencia integral en Salud mental (Fecha: 8.11.06).**

Esta ley contempla especialmente a las personas con sufrimiento mental en condiciones objetivas de pobreza y en situación de riesgo social, para lo cual se planificarán acciones a instrumentar no sólo para los individuos, sino también para el grupo familiar y social.

**Ley 5.104: Detección precoz y tratamiento de la enfermedad celíaca en establecimientos sanitarios (Fecha: 17.10.06).**

Comprende la provisión de alimentos adecuados para celíacos sin cobertura de obra social residentes en la provincia de Catamarca. Asimismo, el Estado provincial a través de la

autoridad de aplicación, garantizará la gratuidad de los análisis y estudios necesarios para la detección de la enfermedad celíaca, a través de hospitales públicos.

**Ley 5.075: Programa de protección al enfermo diabético (Fecha: 27.06.06).**

Este programa comprende la provisión gratuita de diversos insumos para el enfermo diabético: insulina, tiras reactivas para el control de glucemia y glucosuria, material descartable para la administración de insulina e hipoglucemiantes orales.

**CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES**

**Ley 2.597. Cobertura Porteña de salud (CoPS) (Fecha: 6.12.07).**

Creación de la Cobertura Porteña de Salud (CoPS), con el objeto de garantizar el derecho del acceso a la cobertura integral, personalizada y gratuita y la atención de la salud, jerarquizando el primer nivel de atención. La CoPS, alcanza a todos los habitantes sin cobertura médica, que acrediten su residencia en la ciudad, de conformidad con lo que se establezca en la reglamentación.

**Ley 2.585. Normas para el mantenimiento y la infraestructura en los establecimientos de salud (Fecha: 6.12.07).**

La presente ley tiene por objeto garantizar el mantenimiento y la infraestructura en los establecimientos de salud de todos los subsectores a fin de generar condiciones de seguridad que eviten factores de riesgo para la integridad física de las personas que transitan y/o permanecen en ellos.

**Ley 2.578. Prevención, detección precoz, y rehabilitación del síndrome de desgaste laboral crónico (Fecha: 6.12.07).**

La presente ley tiene por objeto la prevención, detección precoz y la rehabilitación del Síndrome de Desgaste Laboral Crónico de los empleados que se desempeñan en los efectores de los tres subsistemas de salud en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se entiende por desgaste laboral crónico al síndrome de agotamiento físico, emocional y/o intelectual en trabajadores de los efectores de salud que se desempeñan directamente con personas, en relación con el afrontamiento de estresores ocupacionales crónicos, con manifestaciones a nivel individual y/o colectivo y/o organizacional y/o institucional y la interacción entre las mismas.

**Ley 2.203. Gestión de ropa hospitalaria en los tres subsectores del sistema de salud (Fecha: 7.12.07).**

La presente ley tiene por objeto prevenir, reducir, eliminar y aislar los riesgos en la actividad de manipulación, higiene y reposición de ropa hospitalaria, a fin de proteger la vida, preservar y mantener la integridad psicofísica de los trabajadores y pacientes garantizando servicios de calidad.

**Ley 2.561. Denomina Instituto Superior de Tecnicaturas para la Salud a la Escuela de Técnicos para la Salud (Fecha: 29.11.07).**

Denominación del Instituto Superior de Tecnicaturas para la Salud a la Escuela de Técnicos para la Salud que se encuentra en la Dirección de Capacitación Profesional y Técnica del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires creada por el Decreto N° 7.914-MBA/981 (B.M. N° 16.692).

**Ley 2.557. Teléfonos para Hipoacúsicos e impedidos del habla (Fecha: 29.11.07).**

El Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires dispondrá la instalación de teléfonos públicos para hipoacúsicos e impedidos del habla (TTY) en los hospitales, sedes comunales y en las aceras de las comisarías.

**Ley 2.552. Semana de Prevención y Detección Precoz de Trastornos de la Memoria (Fecha: 29.11.07).**

Establécese la tercer semana del mes de septiembre de cada año como la Semana de Prevención y Detección Precoz de Trastornos de la Memoria en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Durante esa semana se realizarán campañas de difusión masiva de concientización, eventos, charlas y, en caso de ser necesario, el tratamiento correspondiente.

**Ley 2.543. Radiofísica sanitaria en la ciudad de Buenos Aires (Fecha: 29.11.07).**

La presente ley tiene por objeto la instrumentación del ejercicio del poder de policía integral y el asesoramiento en los aspectos de instalación, habilitación, seguridad, calidad y funcionamiento de los dispositivos biomédicos emisores de radiaciones ionizantes y no ionizantes del sistema de salud en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de conformidad a lo indicado en el artículo 22 de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Ley N° 153 –Ley Básica de Salud–.

**Ley 2.538. Construcción del Centro de Consultas Ambulatorias del Hospital General de Agudos Juan A. Fernández (Fecha: 29.11.07).**

Construcción del Centro de Consultas Ambulatorias del Hospital General de Agudos Juan A. Fernández, en el predio ubicado en la calle Cerviño 3417 esquina Silvio Ruggeri. Los gastos que demande el cumplimiento de la presente serán imputados a las partidas presupuestarias correspondientes.

**Ley 2.260. Creación de La Casa Amiga para mujeres con diagnóstico oncológico (Fecha: 14.12.06).**

Creación de La Casa Amiga destinada a brindar asesoramiento, contención y servicios a mujeres con diagnóstico oncológico. La Casa Amiga brinda los siguientes servicios y/o actividades: atención de la Salud Mental individual, familiar y del grupo de pertenencia; musicoterapia; terapia ocupacional; expresión corporal; actividades culturales, y realización de conferencias, charlas y debates sobre las distintas patologías oncológicas y su tratamiento, abiertas a toda la ciudadanía.

### **Ley 2.183. Otorgamiento de Libreta Sanitaria (Fecha: 5.12.06).**

La Libreta Sanitaria es otorgada por los establecimientos dependientes del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y se entrega previo examen médico que acredite el estado de salud del solicitante. La libreta deberá contar con los siguientes datos: a) nombre completo del solicitante, b) número de documento de identidad, c) domicilio real, d) profesión u oficio, e) nombre y domicilio del empleador, f) resultado del examen, g) fecha, h) firma del médico y/o autoridad competente y i) zona sanitaria.

### **Ley 2.152. Creación del Programa de Educación Comunitaria para la Salud (Fecha: 5.12.06).**

Creación del Programa de Educación Comunitaria para la Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, orientado a incorporar, en la ejecución de las políticas públicas, prácticas que fomenten el desarrollo de las capacidades y acciones de promoción y prevención en el campo de la salud, en forma continua, comenzando en la niñez para prolongarse, en forma permanente, a lo largo de la vida del individuo.

### **Ley 2.224. Procedimiento del sistema educativo para enfermedades de notificación obligatoria (Fecha: 14.12.06).**

Las autoridades de los establecimientos educativos que tomen conocimiento que una de las patologías pertenecientes al Grupo A, B, C y D que integra la presente ley afecte a algún integrante de la comunidad educativa, debe notificarlo en forma obligatoria. La notificación debe efectuarse dentro de las 24 horas de haberse tomado conocimiento del caso al hospital en cuya área programática se encuentre el establecimiento educativo, en forma escrita y con carácter reservado para garantizar el derecho a la intimidad de las personas.

### **Ley 2.281. Emergencia en Infraestructura y Saneamiento Urbano Zona Sur de la Ciudad (Fecha: 21.12.06).**

Declaración de Emergencia en Infraestructura y Saneamiento Urbano de la Zona Sur de la Ciudad, dentro del polígono comprendido entre la avenida General Paz, el Riachuelo, Canal que deslinda la península de Dársena Sur de la ex Ciudad Deportiva y de la Reserva Ecológica, Av. España (continuación de Av. Tristán Rodríguez, desde Fuente de las Nereidas hacia el sur), calle Elvira Rawson de Dellepiane continuación de Brasil e/el puente de Dársena 1/Dársena Sur y la ex Av. Costanera), Av. Ing. Huergo, Av. San Juan (incluyendo las parcelas frentistas de la vereda norte), Av. Escalada, Av. Juan B. Alberdi, Av. General Paz.

## **CÓRDOBA**

### **Ley Nº 9.381. Obligatoriedad de realizar pesquisa neonatal de fenilcetonuria (Adhesión a Ley Nacional) (Fecha: 25.04.07).**

Adhesión de la provincia de Córdoba a la Ley Nacional Nº 23.413 y sus modificatorias Nº 23.874 y Nº 24.438, de profilaxis de la fenilcetonuria, el hipotiroidismo congénito y la fibrosis quística. Declaración de carácter obligatorio en todo el territorio de la provincia

de Córdoba, la prevención del hipotiroidismo congénito, la fenilcetonuria y la fibrosis quística o mucoviscidosis, mediante el diagnóstico en las personas recién nacidas.

**Ley 9.161. Prevención, investigación y tratamiento sobre el virus de Sida (Adhesión Ley Nacional 23.798). (2004)**

*La presente ley tiene por objeto normar todas las acciones dirigidas a la prevención, investigación y tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y de enfermedades de transmisión sexual (ETS), en el marco de lo dispuesto por la Ley Nacional N° 23.798.*

**Ley 9.073: Programa de Maternidad y Paternidad Responsables. (2003)**

El presente programa tiene como objetivos fundamentales: contribuir a la prevención y promoción de la salud, disminuir la mortalidad materno infantil y garantizar a todas las personas la decisión de sus pautas procreativas en forma libre y responsable. Su órgano de aplicación es el Ministerio de Salud de la Provincia.

**Proyecto de Ley 06463/L/04: Dispone la prohibición del uso de munición de plomo en turismo cinegético. (2004)**

El objetivo de la presente ley es la protección de la salud humana y de los recursos naturales, por los daños que ocasiona el uso, sin control, de la munición de plomo en la actividad turística cinegética, contribuyendo, con su reglamentación, al desarrollo sostenible y permanente de estos emprendimientos, y a la disminución del impacto ambiental que este elemento genera.

**Proyecto de Ley N° 06584/L/04 que incorpora el artículo 11 bis a la Ley N° 9133 –de Garantías Saludables–, referido a la autorización a menores para realizar el test de HIV y N° 06623/L/04, por el que establece la Ley de Prevención del SIDA en el Neonato.**

Toda mujer embarazada, mayor de 14 años, cualquiera fuese su estado civil, tiene derecho a solicitar, con la correspondiente prescripción médica, los análisis de detección del VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual, en resguardo y protección de la persona por nacer, sin más requisito que su propia voluntad.

**Ley 9.283. Prevención y erradicación de la violencia familiar (Fecha: 1.03.06).**

Las disposiciones contenidas en la presente ley tienen por objeto la prevención; detección temprana; atención y erradicación de la violencia familiar, definiendo tanto el marco preventivo como los procedimientos judiciales para lograr tal cometido. Los bienes jurídicos tutelados por esta ley son la vida, la integridad física, psicológica, económica y sexual, así como el desarrollo psicoemocional de los integrantes del grupo familiar.

**Ley N° 9.293. Encuesta Nacional sobre factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (Fecha: 3.05.06).**

Aprobación del convenio suscripto entre el INDEC y la Gerencia de Estadísticas y Censos

de la Provincia, por el que se establece la ejecución de la “Encuesta Nacional de Factores de Riesgo relacionadas con las Actividades de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles”, a realizarse en las localidades de 5 mil y más habitantes, incluidas en el Marco Muestral Nacional Urbano (MMNU) de la provincia de Córdoba.

#### **Modificaciones Ley No 8.302. Comercialización de Fármacos (Fecha: 1.05.06).**

Las únicas personas autorizadas para ser titulares de farmacias son: profesionales farmacéuticos; sociedades de responsabilidad limitada; entidades de bien público sin fines de lucro; entidades gremiales o sindicales que agrupen a empleados públicos o personal a cargo del Estado provincial con afiliación obligatoria a la obra social provincial; otras entidades gremiales o sindicales. En todos los casos, la farmacia deberá contar, por lo menos, con un director técnico farmacéutico matriculado, el que deberá dirigir la farmacia en forma directa y personal.

#### **Ley No 9.332. Concurso interno para equipo de salud humana (Fecha: 15.11.06).**

Citación a concurso interno de antecedentes para el personal que integra el equipo de salud humana. El Ministerio de Salud, en su carácter de autoridad de aplicación de la presente ley definirá la cantidad de cargos a concursar, como así también el perfil necesario para acceder a cada uno de los cargos en cuestión.

#### **Ley 9.336. Servicios de Aulas Hospitalarias (Fecha: 22.11.06).**

Institución del Servicio de Escuelas o Aulas Hospitalarias y Servicios Educativos Domiciliarios, a cuyo fin el Poder Ejecutivo Provincial los creará y gestionará, para atender las demandas educativas de alumnos que, por razones de salud o impedimentos físicos, se encontraren imposibilitados de asistir a los establecimientos escolares en que estuvieran cursando de forma regular sus estudios, correspondientes a los niveles de la Educación General Básica (EGB).

#### **Ley: 9.344. Ligadura de trompas y vasectomía (Adhesión Ley Nacional) (Fecha: 13.12.06).**

La autoridad de aplicación deberá instrumentar una campaña de difusión e información masiva acerca de la naturaleza e implicancias de las intervenciones quirúrgicas de contracepción, también conocidas como “Ligadura de trompas de Falopio” y/o “Ligadura de conductos deferentes o vasectomía”, su procedimiento, así como la recanalización o reversión. La campaña deberá realizarse en todos los medios masivos de comunicación y, en especial, en los lugares donde se lleven a cabo los programas de Atención Primaria de la salud (APS).

### **CORRIENTES**

#### **Ley No 5.693. Atención Primaria de la Salud (Fecha: 11.05.06).**

Los objetivos básicos de la presente ley son los siguientes: a) satisfacer las necesidades básicas de salud de las poblaciones urbanas, peri urbanas y rurales; b) proporcionar los servicios especializados necesarios de higienización del medio ambiente; c) coordinar la parti-

cipación de los ciudadanos, el sector de la salud, los sectores conexos y los sectores no relacionados con la salud (instituciones comerciales, sociales, de educación y religiosas) en la solución de los problemas de salud.

**Ley Nº 5.707. Régimen para práctica de tatuajes (Fecha: 26.06.06).**

Esta ley establece que la práctica de tatuajes en la piel podrá ser efectuada únicamente por establecimientos habilitados por el Ministerio de Salud Pública de la Provincia. Se exigirá el cumplimiento de las normas sanitarias en los locales habilitados; la utilización de materiales esterilizados bajo normas establecidas; el uso exclusivo de materiales descartables, incluidos agujas, guantes, etcétera, como asimismo la calidad de la tinta utilizada.

**Ley Nº 5.747. Ampliación del Hospital “Jaime Mario Dávila” (Fecha: 20.09.06).**

Se incluye en el Proyecto de Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos de la provincia de Corrientes, correspondiente al ejercicio financiero 2007, una partida presupuestaria destinada exclusivamente a solventar las erogaciones que demanden la ampliación y equipamiento del Hospital de Empedrado “Jaime Mario Dávila”.

**Ley Nº 5.751. Condiciones de salud del trabajador (Fecha: 21.09.06).**

Determinar que los ambientes y/o lugares de las plantas tabacaleras radicadas en la provincia, serán causantes de vejez y/o agotamiento prematuro de los trabajadores que desempeñen sus tareas en ellas, a los efectos exclusivamente previsionales.

**Ley Nº 5.753. Asistencia Primaria de Salud Mental (Fecha: 27.09.06).**

La provincia de Corrientes se adhiere a la Ley Nacional Nº 25.421, de creación del Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental (APSM). Es autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud Pública de la Provincia.

**Ley Nº 5.756. Sistema de identificación del recién nacido (Fecha: 12.10.06).**

Creación del Sistema de identificación del recién nacido y de su madre, de aplicación obligatoria en todo el ámbito de la provincia de Corrientes, el cual tendrá por objeto asegurar a las personas su legítimo derecho a la identidad así como garantizar la indemnidad del vínculo materno filial.

**Ley Nº 5.757. Escuela especial para hipoacúsicos (Fecha: 12.10.06).**

Creación de una división de 1º, 2º y 3º año de EGB1, en la Escuela especial para niños Hipoacúsicos “Abriendo Caminos” provenientes de hogares de escasos recursos de la ciudad de Mercedes, que funcionará con dependencia orgánica –funcional del Consejo General de Educación de la provincia de Corrientes.

**Ley Nº 5.758. Ley de ligadura de trompas y vasectomía (Adhesión a Ley Nacional) (Fecha: 12.10.06).**

Adhesión de la provincia de Corrientes a la Ley Nacional Nº 26.130 por la que se establecen

normas para la realización de las prácticas denominadas “Ligaduras de trompas de Falopio” y “Ligadura de conducto deferentes o vasectomía” en los servicios del sistema de salud.

## **MENDOZA**

**Ley 7.670. Creación del Programa Provincial de Emergencias, Prevención y Tratamiento de Muerte Súbita y Síncope (Fecha: 14.03.07).**

Son objetivos generales del programa: proteger la vida de la población creando las condiciones necesarias para la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud dentro de la problemática que originan la muerte súbita y el síncope. Promover la participación responsable de todos los sectores involucrados: población en general, gobierno y entes privados.

**Ley 7701. Prevención de la disfonía profesional (Fecha: 16.05.07)**

Ampliación del Programa de Educación Vocal para la Prevención de Disfonía Profesional en el ámbito de Salud Escolar de la Dirección General de Escuelas.

**Ley 7.730. Prohibición de comercialización de pegamentos adhesivos con tolueno y/o derivados (Fecha: 4.07.07).**

Prohibición en todo el territorio de la provincia de Mendoza de la comercialización, distribución o entrega de pegamentos o adhesivos que contengan tolueno y/o sus derivados.

**Ley 7.741. Creación de un banco leche materna humana pasteurizada (Fecha: 7.08.07).**

Creación del Banco de Leche Materna Humana Pasteurizada, que funcionará en los hospitales públicos regionales de la provincia, en el ámbito del Ministerio de Salud. Entiéndase por Banco de Leche Materna Humana (BLH) el ámbito hospitalario donde se recibirá o recolectará la leche materna humana excedente donada por madres voluntariamente, sujeta a gratuidad y fuera del comercio.

**Ley 7.798. Creación del Programa Provincial de Obesidad Mórbida de Niños, Adolescentes y Adultos (Fecha: 10.10.07).**

Creación del Programa Provincial de Obesidad Mórbida, destinado a la problemática de niños, adolescentes y adultos, que por su enfermedad así lo exigen. Declárase de interés provincial la lucha contra la obesidad, enfermedad multifactorial y crónica, caracterizada por el incremento en el porcentaje de tejido adiposo corporal, así como una anormal distribución, que se constituye en factor de riesgo que incrementa la morbimortalidad, declarada como epidemia mundial por la Organización Mundial de la Salud e incorporándola como política de Estado.

**Ley 7811. Creación del pase libre de transporte pacientes HIV (sida síndrome inmuno deficiencia) (Fecha: 13.11.07).**

Creación del Pase Libre de Transporte para los pacientes que padecen infección HIV-SIDA con tratamientos prolongados y carentes de recursos económicos, en las líneas de transporte público, de corta, media y larga distancia, con el objeto de garantizar la continuidad de

los tratamientos y rehabilitación de los mismos.

**Ley 7.820. Creación del Instituto Terapéutico para Trastornos de Consumo de Sustancias Adictivas (Fecha: 21.11.07).**

Creación del Instituto Terapéutico de Contención para la Atención de Niños y Jóvenes con Trastornos vinculados con el consumo de sustancias adictivas, bajo la dependencia del Ministerio de Salud de la provincia, el cual será además la autoridad de aplicación.

**Ley 7.604. Creación del Centro de Referencia de Enfermedades del Aparato Digestivo Hígado Hospital Lagomaggiore, Ministerio salud (Fecha: 30.10.06).**

Entre sus principales objetivos se encuentra: planificar y ejecutar campañas de prevención y educación de la población con respecto a las enfermedades del aparato digestivo; implementar un registro que permita la programación y adopción de medidas de control que contribuyan a disminuir la morbimortalidad por enfermedades del aparato digestivo en la provincia, y crear y controlar un banco de drogas para el tratamiento de las patologías mencionadas.

**Ley 7.489. Traslados gratuitos en transportes terrestres para donantes de sangre (Fecha: 4.12.06).**

Establecer en todo el territorio de la provincia de Mendoza, el traslado terrestre gratuito para toda persona que, en carácter de donante de sangre, concurra a los Servicios de Hemoterapia de instituciones públicas o privadas.

**Ley 7.634. Creación del Programa Provincial de Prevención de Trastornos Alimentarios y Alteraciones de la Conducta Alimentaria (Fecha: 20.12.06).**

El programa tiene como objetivos: a) prevenir los trastornos de la conducta alimentaria, garantizando el acceso de la población a los sistemas de salud disponibles, b) prevenir las enfermedades cuya sintomatología se traduce en alteraciones de la conducta alimentaria, desarrollando todo tipo de actividades de difusión dirigidas a la población en general acerca de las características y riesgos de este tipo de enfermedades, c) promover especialmente entre los niños y adolescentes conductas alimentarias para la preservación de su salud.

## **SALTA**

**Ley 7.463. Salud Pública (Fecha: 28.09.07).**

Se crea el Laboratorio de Histocompatibilidad y Cross Match de la provincia.

**Ley 7.403. Protección de víctimas de violencia familiar (Fecha: 28.09.07).**

Toda persona que sufre por acción, omisión o abuso, daño psíquico o físico, maltrato moral, financiero o económico notoriamente ilegítimo, sexual y/o en su libertad, aunque no configure delito, por parte de algún integrante del grupo familiar, podrá denunciar estos hechos en las dependencias de la Policía, Ministerio Público, Juzgado de Paz o Juzgados de Personas y Familia.

## **SAN LUIS**

**Ley N° III-0568-2007. Donación, ablación e implante de órganos y tejidos humanos (Adhesión Ley Nacional).**

La ablación de órganos y tejidos para su implantación de cadáveres humanos a seres humanos y entre seres humanos, el xenotrasplante y la obtención y preservación de células progenitoras hematopoyéticas se rige, en todo el territorio de la provincia, por las disposiciones de la Ley Nacional N° 24.193.

**Ley N° III-0508-2006. Emergencia sanitaria.**

Se declara el Estado de emergencia sanitaria en la localidad de Nogolí, que tendrá los alcances allí dispuestos y los de las normas provinciales que resulten de aplicación.

**Ley N° III-0520-2006. Donación de órganos.**

Aprobación del contenido del Convenio suscripto entre el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) y el Ministerio de la Cultura del Trabajo, a partir del 17 de abril de 2006 y por el término de UN (1) año.

**Ley N° III-0527-2006. Donación de sangre (Adhesión Ley Nacional).**

Adhesión de la provincia de San Luis a la Ley Nacional N° 25.936, la cual declara el día 9 de noviembre de cada año como “Día Nacional del Donante Voluntario de Sangre”.

**Ley N° III-0530-2006. Centro para la diabetes.**

Creación de un Centro de Diabetes en el Valle del Conlara en el Hospital de Concarán. Comprenderá las siguientes tareas: elaboración y evaluación permanente de programas para la detección y control de la diabetes; desarrollar programas de educación sistemática a la población; asegurar en forma permanente la capacitación y entrenamiento de todo el personal, profesional y no profesional, que asegure la eficiencia y la calidad de su tarea, y promover campañas de detección precoz de la diabetes.

## **SANTIAGO DEL ESTERO**

**Ley 23.753. Prevención y control de la diabetes.**

El Ministerio de Salud y Acción Social dispondrá a través de las áreas pertinentes el dictado de las medidas necesarias para la divulgación de la problemática derivada de la enfermedad diabética y sus complicaciones. Llevará un control estadístico y prestará colaboración científica y técnica a las autoridades sanitarias de todo el país, a fin de coordinar la planificación de acciones; y deberá abocarse específicamente a los problemas de producción, provisión y dispensación para asegurar a todos los pacientes los medios terapéuticos y de control evolutivo, de acuerdo a la reglamentación que se dicte.

## TIERRA DEL FUEGO

**Ley Nº 743. Creación del Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia (Adhesión a la Ley Nacional Nº 25.415) (Fecha: 29.06.07).**

Adhesión de la provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur a los términos de la Ley Nacional Nº 25.415. La Subsecretaría de Salud o el organismo que la reemplace será el encargado de la fiscalización en el ámbito de la provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.

**Ley Nº 754. Régimen para la detección y posterior tratamiento de patologías en el recién nacido (Adhesión a la Ley Nacional Nº 26.279) (Fecha: 3.12.07).**

Adhesión de la provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur en todos sus términos, a la Ley Nacional Nº 26.279 “Régimen para la Detección y Posterior Tratamiento de Determinadas Patologías en el Recién Nacido”. La autoridad de aplicación deberá impulsar campañas de difusión de la ley, mediante los canales de comunicación masivos provinciales.

**Ley Nº 755. Test de diagnóstico del estreptococo grupo b –obligatorio y gratuito para mujeres embarazadas en hospitales públicos (Fecha: 3.12.07).**

Establecimiento con carácter obligatorio y gratuito, en todos los hospitales públicos de la provincia, de la práctica del test de diagnóstico de toda mujer embarazada que se encuentre entre la semana 35 y 37 de gestación, para la detección y tratamiento del estreptococo grupo B (E.G.B.). Si el resultado de la detección resultare positivo, se establece la obligatoriedad del tratamiento correspondiente durante el parto y alumbramiento.

**Ley Nº 691. Parto humanizado. Obligaciones de las obras sociales y medicina prepaga. (Adhesión a la Ley Nacional Nº 25.929) (Fecha: 16.03.06).**

Adhesión de la provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, en todos sus términos, a la Ley Nacional 25.929 Parto Humanizado. La autoridad de aplicación deberá impulsar campañas de difusión de la presente ley, mediante los canales de comunicación masiva provinciales.

**Ley Nº 717. Psoriasis reconocimiento en el ámbito de la provincia como enfermedad crónica y a su tratamiento como prestación básica esencial garantizada. (Fecha: 9.11.06).**

Reconocimiento en todo el ámbito de la provincia de Tierra del Fuego de la enfermedad denominada psoriasis como enfermedad crónica; y a su tratamiento, como prestación básica esencial garantizada. El gobierno de la provincia, a través del Ministerio de Salud, garantizará su tratamiento, comprendiendo ello las fases de diagnóstico, tratamiento clínico, psicológico, farmacológico, insumos que irrojan tales prácticas y todo aquello que concurra a atender adecuadamente la enfermedad.

**Ley Nº 718. Declaración provincial del Día nacional del donante voluntario de sangre” a la fecha 9 de Noviembre. (Adhesión a la Ley Nacional Nº 25.936) (Fecha: 9.11.06).**

Adhesión de la provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, en todos

sus términos, a la Ley Nacional 25.936, sancionada el 8 de septiembre de 2004 y promulgada el 27 de septiembre de ese año, la cual declara el día 9 de noviembre de cada año como “Día Nacional del Donante Voluntario de Sangre”.

**Ley N° 719. Hidatidosis: obligatoriedad de empleo de medidas de profilaxis en el ámbito provincial. (Fecha: 9.11.06).**

Declaración de carácter obligatorio en todo el ámbito de la provincia de Tierra del Fuego del empleo de las medidas de profilaxis tendientes a controlar la hidatidosis.

## **5.2 Sinopsis leyes nacionales enunciadas**

### **Ley 26.279. Régimen para detección de patologías del recién nacido (Fecha: 8.08.07).**

A todo niño/a al nacer en la República Argentina se le practicarán las determinaciones para la detección y posterior tratamiento de fenilcetonuria, hipotiroidismo neonatal, fibrosis quística, galactocemia, hiperplasia suprarrenal congénita, deficiencia de biotinidasa, retinopatía del prematuro, chagas y sífilis; siendo obligatoria su realización y seguimiento en todos los establecimientos públicos de gestión estatal o de la seguridad social y privados del país en los que se atiendan partos y/o a recién nacidos/as.

### **Ley 26.130. Ligadura de trompas y vasectomía (Fecha: 9.08.06).**

La presente ley declara que toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la realización de las prácticas denominadas “ligadura de trompas de Falopio” y “ligadura de conductos deferentes o vasectomía” en los servicios del sistema de salud. Establece un régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica y dispone el consentimiento informado.

### **Ley 25.936. Donación de sangre (Fecha: 28.09.04).**

Declaración del Día Nacional del Donante Voluntario de Sangre al 9 de noviembre de cada año. Invitación a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a incorporar en sus respectivos calendarios escolares el día 9 de ese mes como jornada de reflexión sobre el tema, así como sobre la vida y aporte científico del doctor. Luis Agote.

### **Ley 25.929. Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento (Fecha: 25.08.04).**

Describe las prestaciones que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente. Incorporación al Programa Médico Obligatorio. Derechos de toda mujer en relación con el embarazo, trabajo de parto y postparto. Derecho de toda persona recién nacida. Derechos de los padres de la persona recién nacida en situación de riesgo

### **Ley 25.421. Asistencia Primaria de Salud Mental (Fecha: 4.04.01).**

Esta ley demanda la creación del Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental (APSM), que tendrá por función propiciar y coordinar las acciones que se derivan de la aplicación de la presente ley. El Ministerio de Salud de la Nación es el organismo de aplicación. Todas las personas tienen derecho a recibir asistencia primaria de Salud Mental, cuando lo demanden personalmente o a través de terceros, o a ser tributaria de acciones colectivas que la comprendan.

### **Ley 25.415. Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia (Fecha: 4.04.01).**

Todo niño recién nacido tiene derecho a que se estudie tempranamente su capacidad auditiva y se le brinde tratamiento en forma oportuna si lo necesitare. Será obligatoria la realización de los estudios que establezcan las normas emanadas por la autoridad de aplicación

conforme al avance de la Ciencia y la Tecnología para la detección temprana de la Hipoacusia, a todo recién nacido, antes del tercer mes de vida.

**Ley 24.193. Donación ablación e implante de órganos y tejidos humanos (Fecha: 24.03.93).**

La ablación e implantación de órganos y materiales anatómicos podrán ser realizadas cuando los otros medios y recursos disponibles se hayan agotado, o sean insuficientes o inconvenientes como alternativa terapéutica de la salud del paciente. Estas prácticas se considerarán de técnica corriente y no experimental. La reglamentación podrá incorporar otras que considere necesarias de acuerdo con el avance médico-científico.

**Ley 23.798. Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (Fecha: 16.08.90).**

Declaración de interés nacional a la lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, entendiéndose por tal a la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, su prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, como así también las medidas tendientes a evitar su propagación, en primer lugar la educación de la población.

**Ley 23.413. Prueba obligatoria de rastreo para la detección de la fenilcetonuria en niños recién nacidos (Fecha: 1.10.86).**

Se declara que la realización de una prueba de rastreo para la detección precoz de la fenilcetonuria será obligatoria en todas las maternidades y establecimientos asistenciales que tengan a su cuidado niños recién nacidos.

### 5.3 Participantes del Seminario “El rol legislativo en la formación de políticas sanitarias”

**Ricardo Bermejillo (Mendoza).** Comerciante de Farmacias. Participación en la Actividad Pública como Presidente de la Cámara de Comercio de Godoy Cruz. Concejal por el Departamento de Godoy Cruz (2002-2006). Vicepresidente de la Cámara de Farmacia de Mendoza (2001-2006). Actualmente es Senador de la Provincia de Mendoza (2006-2010). Secretario de Acta de la Cámara de Farmacia de Mendoza (2008-2010) y miembro activo del Club de Leones de Godoy Cruz.

**Marcela Brandan (Catamarca).** Licenciada en Kinesiología y Fisioterapia, Universidad Nacional de Córdoba. Cursa actualmente la carrera de Termalismo en la Universidad Nacional de Entre Ríos. Es asesora de la diputada Silvia Luz Moreta en el Área de Turismo-Salud y Servicios de S.P.A. y en la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Diputados de la Provincia de Catamarca (2005-2009).

**Cintia Cejas (Ciudad Autónoma de Buenos Aires).** Licenciada en Ciencias Políticas con orientación en Procesos Políticos, Universidad Católica Argentina (UCA). Maestría en Ciencias Sociales y Salud, CEDES-FLACSO. Es coordinadora del Programa de Salud de CIPPEC.

**Abelardo Cisterna (Santiago del Estero).** Perito Mercantil. Ex funcionario del PAMI. Subsecretario Interino de Prestaciones Sociales. Diputado de la provincia de Santiago del Estero. Integra la Comisión de Salud, Legislación, Obras Públicas, Asuntos Cooperativos y Mutuales (2005-2009).

**María Elena D’Andrea (San Luis).** Bioquímica, Universidad Nacional de Córdoba. Diputada provincial por el Departamento Chacabuco (2003-2007). Ha realizado actividades de docencia y capacitación en el área de Educación para la salud. Actualmente es Presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados de la Provincia de San Luis.

**Daniela Daverio (Ciudad Autónoma de Buenos Aires).** Médica, Universidad de Buenos Aires (UBA). Especialista en Medicina General. Estudios de Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social, Fundación ISALUD. Directora general adjunta de Atención Primaria de la Salud. Secretaría de Salud, GCBA (2001-2007). Responsable del Programa Remediar del Ministerio de Salud de la Nación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2002-2007). Responsable del Programa “Médicos Comunitarios” del Ministerio de Salud de la Nación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2004-2007). Jefa de Gabinete de la Dirección General de Atención Primaria de la Salud, GCBA, 2001. Actualmente es consultora de la Unidad Coordinadora de Proyectos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

**Isabel Duré (Ciudad Autónoma de Buenos Aires).** Médica, Universidad de Buenos Aires (UBA). Administradora Gubernamental (INAP) y Magister en Salud Pública UBA. En el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires ocupó el cargo de Coordinadora del Plan Médicos de Cabecera (1997-2001) y fue directora general de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud (2003-2006). Es docente de la Maestría en Salud Pública de la UBA. Tiene publicaciones realizadas en atención primaria de la salud y gestión y formación de recursos humanos de salud.

**Silvia Faraone (Tierra del Fuego)** .Licenciada en Trabajo Social y Magíster en Salud Pública, Universidad de Buenos Aires (UBA). Adjunta en la Cátedra “Problemática de la Salud Mental” de la Carrera de Trabajo Social. Investigadora del área de salud del Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA. Es asistente del diputado Manuel Raimbault de la Provincia de Tierra del Fuego.

**Rocío Flores Chinchilla (Costa Rica).** Licenciada en Nutrición Humana, Universidad de Costa Rica. Maestría en Gerencia de Servicios de Salud, Instituto Centroamericano de Administración Pública (INCAP). Desde 1998 trabaja para el Ministerio de Salud en funciones propias del nivel local rector en el Área de Salud de Goicoechea. Actualmente forma parte del grupo de profesionales que conforma el equipo técnico de la Dirección General de Salud de Costa Rica.

**Pedro Kremer (Ciudad Autónoma de Buenos Aires).** Médico especialista en Medicina Familiar, Universidad de Buenos Aires (UBA). Master en Ciencias Sociales y Salud CEDES-FLACSO y Master en Gestión de Políticas de Salud Universidad de Bologna. Es coordinador del Programa de Salud de CIPPEC.

**Daniel Maceira (Ciudad Autónoma de Buenos Aires).** Licenciado en Economía, Universidad de Buenos Aires (UBA). Ph.D. en Economía, Universidad de Boston, especializado en economía de la salud y organización industrial, con becas y subsidios de estudio de la Fundación Ford, el Programa de Becas del Gobierno de Japón, la Fundación Adenauer, y la Beca Rosestein-Rodan de Boston University, entre otras. Es director del Programa de Salud de CIPPEC. Es investigador titular del CEDES e investigador adjunto del CONICET. Desarrolla actividades docentes en universidades nacionales y extranjeras. Realizó varias publicaciones en revistas especializadas y ha tenido participación en numerosos proyectos de investigación y programas de asistencia técnica, especialmente en América Latina y el Caribe. Brinda asesoría técnica a distintos organismos nacionales e internacionales.

**Carlos Nouzeret (Córdoba).** Médico Cirujano, Universidad Nacional de Córdoba. Especialista en Medicina del Trabajo, Universidad Nacional de Córdoba. Maestría en Economía y Gestión de la Salud, Instituto Universitario ISALUD (en curso). Miembro integrante de la Comisión Interministerial Gobierno-Salud (2000). Director de Asuntos

Legislativos, Ministerio de Gobierno (2000-2001), director de Medicina Interior, Ministerio de Salud (2001-2002), director General de Atención Médica, Ministerio de Salud (2002-2003). Legislador Provincial por el Departamento Totoral, periodo 2003-2007, presidente de la Comisión de Salud Humana (2003-2007) y presidente Foro Provincial VIH-SIDA de la Provincia de Córdoba (septiembre 2006).

**Sofía Olaviaga (Ciudad Autónoma de Buenos Aires).** Licenciada en Ciencia Política, Universidad de Buenos Aires (UBA). Maestría en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales FLACSO, tesis en curso. Es coordinadora del Programa de Salud de CIPPEC.

**Omar Soches López (Salta).** Médico Clínico. Ex jefe de Emergencias Clínicas Básicas en el Hospital de Rosario de Lerma y gerente en el Hospital de La Merced. Fue concejal, intendente y diputado provincial (2005-2007). Participó en las Comisiones de Salud, Juicio Político, Minería, Transporte y Comunicaciones, y en la Comisión Bicameral de seguimiento del Transporte Metropolitano. Se interioriza en la diversas problemáticas del sector de la salud, tales como medicamentos, insumos y salarios del personal médico.

**Mariana Stechina (Ciudad Autónoma de Buenos Aires).** Licenciada en Sociología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Maestría en Ciencia Política, Instituto de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de General San Martín (en curso). Es asistente del Programa de Salud de CIPPEC.

**Liliana Beatriz Wetzel (Corrientes).** Licenciada en Calidad de la Gestión de la Educación, Universidad del Salvador (USAL) Diplomatura en Gestión de la Educación, FLACSO. Ha participado en la actividad pública como vocal general y presidente de la Junta de Clasificación Consejo General de Educación (2002-2003). Vocal didáctica del Consejo General de Educación, (2003). Senadora de la Honorable Cámara de Senadores de la Provincia de Corrientes (2005). Presidente de la Comisión de Educación del Honorable Senado de esa provincia (2006), y Convencional Constituyente de la Convención Municipal del Departamento de Sauce, Corrientes.

