

## PROYECTO DE LEY

*El Senado y la Cámara de Diputados...*

*sancionan con fuerza de*

**LEY**

## **EQUIDAD EN EL ACCESO A LA SALUD EN ZONAS PRIORITARIAS**

### **Capítulo I**

#### **Disposiciones generales**

**Artículo 1°. Objeto.** La presente ley tiene por objeto definir acciones para promover la equidad en el acceso a la salud, en las zonas definidas como prioritarias en los términos de la presente ley y su reglamentación, garantizando la disponibilidad de recursos humanos en cantidad y con las competencias adecuadas a las necesidades de las personas y sus comunidades en todo el territorio del país.

**Artículo 2°. Definición.** A los fines de esta ley se entiende por zonas prioritarias a áreas geográficas rurales, alejadas de las ciudades o de compleja accesibilidad, en las que la disponibilidad de profesionales de la salud, es insuficiente para atender las necesidades de la población, y definidas según los criterios y lineamientos que determine la reglamentación.

**Artículo 3°. Objetivos.** Son objetivos de la presente ley:

- a) Reducir el déficit de recursos humanos para la salud en zonas prioritarias;
- b) Promover el desarrollo de recursos humanos para la salud adecuados, disponibles y calificados para atender las necesidades de salud de la población de zonas prioritarias;
- c) Promover mecanismos de contratación que favorezcan la instalación y permanencia de los recursos humanos para la salud en las zonas prioritarias;
- d) Fomentar contextos laborales saludables en condiciones de seguridad en las zonas prioritarias;
- e) Propiciar la formación y capacitación continua de recursos humanos para la salud con enfoque intercultural y orientados a las especialidades definidas como críticas en los términos de la reglamentación;
- f) Contribuir a la jerarquización del rol de los recursos humanos para la salud como un factor indispensable para asegurar el derecho a la salud.

**Artículo 4°. Principios.** La presente ley se rige por los siguientes principios:

- a) Accesibilidad: para asegurar a las personas las prestaciones oportunas y de calidad geográfica y culturalmente
- b) Equidad territorial y solidaridad. Asignación prioritaria de recursos humanos en salud a las poblaciones en situación de vulnerabilidad o residentes en zonas con acceso limitado, conforme a criterios de justicia distributiva, cohesión territorial y solidaridad interregional.

c) Centralidad de los recursos humanos en salud: reconocimiento del personal de salud como componente esencial del sistema sanitario y promoción de las mejores condiciones de trabajo

## **Capítulo II**

### **Autoridad de Aplicación**

**Artículo 5°. Autoridad de Aplicación.** La autoridad de aplicación de la presente ley es el Ministerio de Salud, quien deberá articular y coordinar las definiciones en el marco del Consejo Federal de Salud – COFESA.

**Artículo 6°. Funciones.** Son funciones de la Autoridad de Aplicación las siguientes:

- a) Promover la regionalización y el desarrollo de redes de atención integradas de salud, con un sistema de referencia y contra referencia, como mecanismo para asegurar el acceso de los pacientes a todos los niveles de atención
- b) Elaborar y actualizar periódicamente, en coordinación con el Consejo Federal de Salud (COFESA), un mapa federal de recursos humanos en salud, basado en criterios epidemiológicos, demográficos y de accesibilidad geográfica. Este instrumento deberá identificar las necesidades de cada jurisdicción y establecer los perfiles profesionales y especialidades requeridas para garantizar una cobertura equitativa en todo el territorio nacional, con la definición de las zonas prioritarias.
- c) Definir en el marco de las zonas prioritarias las especialidades calificadas como críticas cuya cobertura resulte indispensable para garantizar el acceso efectivo a la atención sanitaria

- d) Promover, en el ámbito del Consejo Interuniversitario Nacional, el fortalecimiento curricular de contenidos vinculados a la medicina general, medicina familiar, medicina rural y otras especialidades estratégicas y definidas como críticas por parte del COFESA, para el primer nivel de atención
- e) Promover acuerdos con las universidades públicas y privadas para que las instituciones académicas reserven en las carreras vinculadas a la atención sanitaria, cupos de ingreso para estudiantes provenientes de zonas definidas como prioritarias o regiones con baja densidad de profesionales de la salud
- f) Promover acuerdos con las universidades para el otorgamiento de becas destinadas a estudiantes provenientes de zonas con déficit de personal sanitario, priorizando aquellos que se comprometan a ejercer profesionalmente en dichas regiones

**Artículo 7°. Apoyo profesional.** Con el objetivo de proporcionar apoyo profesional a los trabajadores de la salud que desarrollen sus tareas en las zonas prioritarias, la autoridad de aplicación deberá:

- a) Promover la incorporación progresiva de innovaciones tecnológicas vinculadas a la salud digital debiendo integrarse estas herramientas como complemento de los modelos tradicionales de atención, facilitando interconsultas, segundas opiniones, seguimiento remoto de pacientes, y la articulación entre niveles de atención.
- b) Promover el fortalecimiento de la red de Telesalud para el asesoramiento de los profesionales y su capacitación a distancia
- c) Crear una Red de soporte profesional estableciendo tutorías o redes de acompañamiento

- d) Promover mecanismos de contratación que favorezcan la instalación y permanencia de los recursos humanos para la salud de especialidades críticas en las zonas prioritarias
- e) Promover la identificación y el intercambio de experiencias para la atracción y la retención de recursos humanos para la salud en zonas prioritarias
- f) Promover y facilitar la capacitación permanente del recurso humano que se desempeñe en las zonas prioritarias.
- g) Definir en coordinación con las jurisdicciones y en el ámbito del COFESA, un sistema de incentivos, para promover el arraigo de los trabajadores de la salud de las especialidades definidas como críticas que se requieren en las zonas prioritarias.

### **Capítulo III**

#### **Monitoreo**

**Artículo 8°. Seguimiento y fiscalización.** El Observatorio de Talento Humano del Ministerio de Salud o el organismo que lo reemplace, tendrá a su cargo el monitoreo y seguimiento de la implementación de la ley en lo que se refiere a las modificaciones registradas en la densidad de trabajadores de salud por especialidad crítica, en las zonas definidas como prioritarias.

**Artículo 9°. Información Universidades.** La Autoridad de aplicación deberá requerir anualmente a las universidades públicas o privadas la información vinculada a la matrícula de estudiantes en carreras vinculadas a la atención sanitaria.

## **Capítulo IV**

### **Disposiciones finales**

**Artículo 10. Reglamentación.** La presente ley será reglamentada en el plazo de noventa días a partir de su publicación en el Boletín Oficial.

**Artículo 11. Adhesión.** Invitase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a la presente ley

**Artículo 12. Financiamiento.** Los gastos que demande la aplicación de la ley serán atendidos con las partidas destinadas al Ministerio de Salud.

**Artículo 13.** Comuníquese al Poder Ejecutivo.

**BERNARDO BIELLA CALVET**

**Diputado Nacional**

## **FUNDAMENTOS**

Señor presidente:

La presente iniciativa recepta un problema de larga data en nuestro país y en general a nivel global y se refiere a la inequitativa distribución de los trabajadores de la salud.

Entre sus antecedentes está el proyecto del senado nacional m.c. Mario R. Fiad presentado en el Expediente 4-S-2022 que perdiera estado parlamentario.

En nuestro país, que cuenta con una superficie tan vasta como diversa, y en la que se aprecian brechas que se expresan en profundas inequidades a lo largo y ancho de su territorio, el tema se visibiliza con intensidad.

La mayor concentración de médicos y enfermeros se da en las grandes ciudades por diferentes motivos, que pueden ser desde apoyo profesional, mejores oportunidades, vinculación con centros de excelencia, mejores salarios y condiciones de trabajo.

El problema no es privativo de nuestro país. En julio de 2025 se realizó en el marco de la Organización Panamericana de la Salud un Foro de Recursos Humanos en Salud, de donde surgieron cifras que deberían poner en alerta a los países.

En este sentido, se estima que para el año 2030 América Latina y el Caribe enfrentarán una escasez de aproximadamente 600.000 profesionales de la salud de acuerdo con la meta de contar con 44,5 profesionales (personal médico, de enfermería y partería) por 10.000 habitantes.

En el año 2023 y con las evaluaciones que podían realizarse pos pandemia del COVID 19, la OPS emitió una propuesta<sup>1</sup> para el fortalecimiento de los RRHH en salud en miras al 2030 y los ejes principales fueron:

- Fortalecer la gobernanza e impulsar políticas y planes nacionales de recursos humanos para la salud
- Desarrollar y consolidar los mecanismos regulatorios relacionados con los recursos humanos para la salud
- Fortalecer la conformación e integración de equipos interprofesionales en las redes integradas de servicios de salud basados en la atención primaria de salud
- Potenciar el desarrollo y fortalecer las capacidades del personal de salud para abordar las prioridades de salud de las poblaciones y para la preparación y respuesta frente a las emergencias de salud pública
  - Promover condiciones de trabajo decente y la protección física y mental de los trabajadores de salud, además de una dotación adecuada de recursos humanos para la salud mediante el financiamiento y la regulación.

Uruguay comenzó en el año 2012 con un plan piloto para algunas localidades rurales con el objetivo de lograr atraer y retener a los equipos de salud para dotar a la población de una mayor accesibilidad a la salud.

En el año 2021 este plan se extendió teniendo como objetivo mejorar la accesibilidad, pero también, formar especialistas en medicina familiar y comunitaria.

---

<sup>1</sup> <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-07/cd60-6-s-political-personal-salud-2030.pdf>

El proyecto surge de un acuerdo interinstitucional entre las áreas de Salud, la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (UDELAR), y las autoridades locales en donde se implementa el plan. Se trata de un esfuerzo coordinado para superar la barrera de la inequidad en el acceso a la salud y para asegurar también condiciones dignas de trabajo a quienes se promueve que se arraiguen en el lugar.

Brasil es otro país de la región que abordó la problemática a través de planes para promover la radicación de profesionales en zonas de vulnerabilidad.

Chile que fue sede del encuentro de OPS sobre los RRHH en el mes de julio del 2025, implementó también en su territorio medidas vinculadas a incentivos económicos, académicos y de proyectos para mejorar la distribución de los equipos de salud, aprovechando así mismo las innovaciones tecnológicas en materia de telesalud.

Colombia es otro de los países que implementó desde 2018 una Política Nacional de Talento Humano en Salud<sup>2</sup> con diferentes estrategias.

En nuestro país, la problemática que se visibiliza cada vez con mayor intensidad se expreso en el Programa de Médicos Comunitarios creado por Resolución 912 en el año 2004. El mencionado programa tenía por objeto contribuir a fortalecer la estrategia de atención primaria de la salud como política de estado que incluía becas de capacitación para la formación de los rrhh orientados a la atención primaria de la salud, salud social y comunitaria.

---

<sup>2</sup> <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>

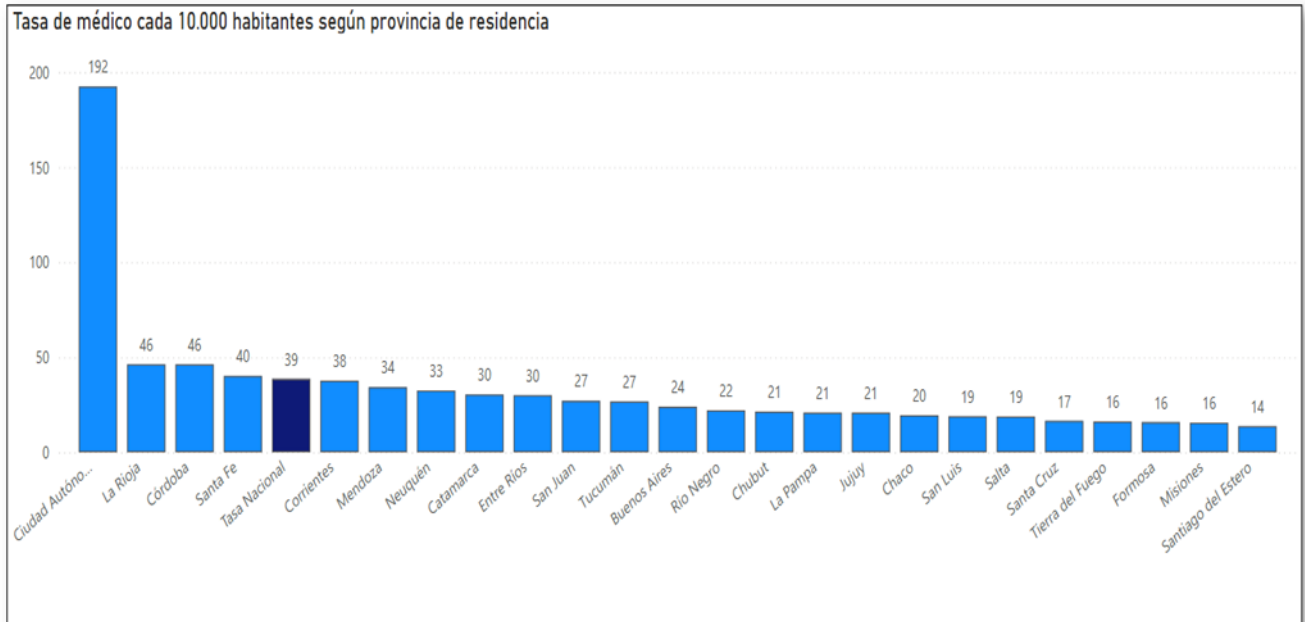
El programa fue modificándose por normativas posteriores, pero básicamente los ejes del programa eran:

- Integración de equipos interdisciplinarios (médicos, agentes, técnicos) en centros de salud, Atención Primaria y comunidades vulnerables, con población nominal a cargo
- Becas como incentivos económicos y formación continua en salud social, medicina comunitaria y promoción de la salud
- Enfoque intercultural fortaleciendo la atención en pueblos originarios y situaciones de vulnerabilidad
- La figura del tutor que acompañaba a los integrantes y supervisaba las actividades académicas y de terreno, asegurando el cumplimiento de objetivos

En 2024 fue dejado sin efecto ante la ausencia de datos ciertos que permitieran hacer una evaluación del programa y de los beneficios del mismo.

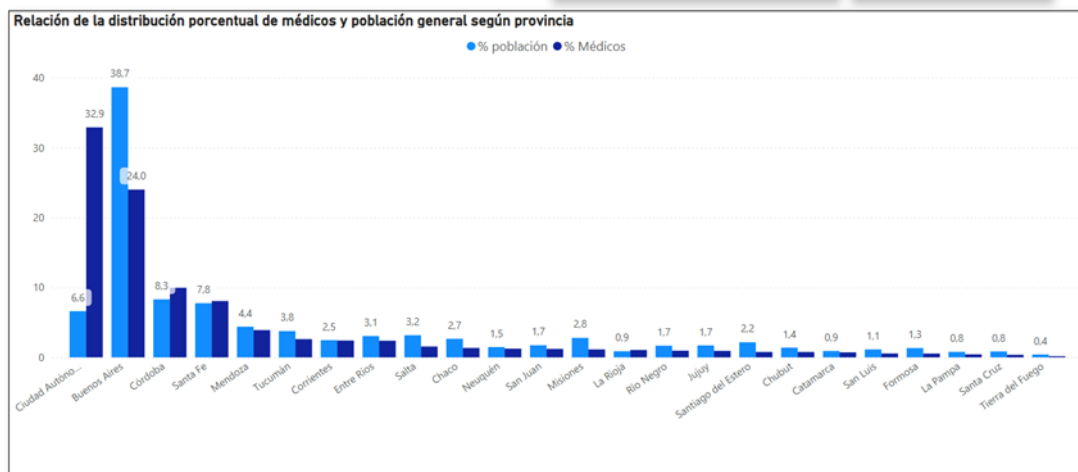
Si atendemos a la distribución de médicos en nuestro país, el Observatorio de Talento Humano del Ministerio de Salud de la Nación, lleva un registro de esta información de donde surge según los últimos datos que la tasa de médicos cada diez mil habitantes es de 38,63 la tasa nacional y 33,14 la tasa provincial.

En cuanto a la distribución por provincias se aprecia en el siguiente gráfico elaborado por el Observatorio:



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud REFEPS - SISA

En cuanto al personal de enfermería, la tasa nacional incluyendo auxiliares, profesionales y licenciados es de 41,50 por diez mil habitantes y la distribución en el territorio se muestra en el siguiente gráfico elaborado por el Observatorio:



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud REFEPS - SISA

Advertimos entonces, que la problemática es generalizada y que esto impacta en la continuidad de la prestación de servicios por la rotación frecuente del personal asistencial y administrativo.

Distintos factores contribuyen a configurar este escenario entre los que se destacan bajos ingresos, inequidad entre personal vinculado a través de diversos mecanismos, pese a que tienen responsabilidades y funciones similares, dificultad para implementar esquemas de incentivos y evaluación del desempeño, desmotivación por las escasas posibilidades para la formación continua, el desarrollo profesional y personal, actitud negativa hacia el sistema de salud y sus instituciones, que algunas veces se traduce en trato distante o poco empático hacia los pacientes y usuarios.

Pero este problema requiere también un análisis previo porque tenemos especialidades críticas que muestran hoy una preocupante realidad de escasez en el territorio. Y esto sucede porque los egresados deciden no formarse en esa especialidad.

De manera tal que el desafío para la atención en salud requiere no solo ver que herramientas podemos diseñar para asegurar una distribución equitativa de recursos humanos en salud en el territorio, sino también identificar cuales son las especialidades que necesitamos promover para que los egresados de la carrera opten por ellas.

Planteado así el problema, la iniciativa que presentamos tiene como objetivos definir acciones que permitan dar respuesta a esta demanda.

Por eso en primer lugar, tenemos que saber cuáles son las especialidades que necesitamos y donde las necesitamos. Con ese

objetivo la primera medida debe ser la de realizar el mapa de los recursos con los que cuenta cada lugar, el mapa epidemiológico, las necesidades más relevantes y en función de eso definir que especialistas y cuantos se requieren para definir entonces las zonas prioritarias.

La OPS sugieren criterios para la definición de estas zonas que podrían ser los siguientes:

- *Disponibilidad de profesionales: Se evalúa la cantidad de médicos por cada 1000 habitantes, considerando la distribución geográfica y la especialidad de los médicos.*
- *Necesidades de salud de la población: Se analizan las condiciones de salud de la población, incluyendo la prevalencia de enfermedades, la tasa de mortalidad y otros indicadores de salud.*
- *Acceso a servicios de salud: Se evalúa la distancia a los centros de salud, la infraestructura disponible y la capacidad de transporte para acceder a la atención médica.*
- *Factores socioeconómicos: Se consideran factores como el nivel educativo, el nivel de ingresos y la pobreza, que pueden influir en la demanda y el acceso a la atención médica.*

Es fundamental contar con un sistema de información ágil, riguroso, con estadísticas robustas que permitan ir articulando necesidades con recursos y desplegando las estrategias para lograr el arraigo de los profesionales en los lugares en donde se necesitan.

Seguidamente es imperiosa la actuación coordinada con las Universidades para poder promover el conocimiento de parte de los estudiantes de esta dimensión del ejercicio profesional, la que se realiza en lugares críticos, alejados y generar conocimiento y conciencia de la

necesidad de atención, poniendo en valor la tarea que allí se realiza por la complejidad y el cotidiano desafío que esto significa.

Es necesario adecuar la oferta formativa a las necesidades detectadas y proyectadas, teniendo en cuenta los contextos reales y los problemas actuales, entre los que se destaca también la transición demográfica, por ejemplo.

Se trata de definir estándares de formación que sumen al conocimiento técnico científico, las competencias sociales.

Es de extrema relevancia la actuación intersectorial para poder resolver el problema que es complejo y multidimensional.

Una vez identificados recursos y necesidades y acordada las estrategias de promoción de esas especialidades, es imperioso lograr que los profesionales decidan ir a instalarse a esos lugares. Y cuando hablamos de instalarse, hablamos de arraigarse, de conocer el lugar, de conocer a las personas de la comunidad, su estilo de vida, sus tradiciones y costumbres que en muchos casos moldean sus hábitos y es necesario su respeto.

Para eso, proponemos un sistema de incentivos que no se limitan a un salario digno que resulte atractivo para el profesional, sino que esto vaya rodeado de apoyo profesional, de flexibilidad horaria, de las posibilidades y facilidades para la capacitación y actualización permanente y de la incorporación de equipamiento e innovación que sean necesarios.

De esta manera podremos contar con equipos de salud en el primer nivel de atención con capacidad resolutiva para poder atender la

demanda que no solo se refiere a la atención sino también a la prevención y promoción de la salud.

La innovación es central y por ejemplo el uso de la telesalud cuya aceleración determinó la pandemia, resulta fundamental para la atención en zonas remotas. Esto requiere de conectividad, de interoperabilidad y de alfabetización digital, generando las redes necesarias para que sean el soporte adecuado de la prestación de los servicios a distancia, especialmente en esas zonas.

Para cumplir con todos esos objetivos, resulta indispensable la gobernanza del Ministerio de Salud de la Nación, la coordinación, la articulación y el fortalecimiento de las redes de integración.

Entendemos que la presente iniciativa puede constituir un aporte para atender una problemática que compromete el acceso a la salud de nuestra población en los lugares más alejados.

Por las razones expuestas solicito a mis pares la aprobación del presente proyecto.

**BERNARDO BIELLA CALVET**

**Diputado Nacional**