

## PROYECTO DE RESOLUCION

*La H. Cámara de Diputados de la Nación*

### RESUELVE

Solicitar al Poder Ejecutivo Nacional que, por intermedio del Ministerio de Salud de la Nación, en los términos del artículo 100 inciso 11 de la Constitución Nacional, informe de manera detallada, documentada y actualizada respecto del Programa Nacional REMEDIAR, conforme los siguientes puntos:

#### **I. COBERTURA, ALCANCE Y DISEÑO DEL PROGRAMA**

1. Informe el alcance territorial actual del Programa REMEDIAR, indicando la cantidad total de Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) alcanzados, discriminados por provincia y jurisdicción.
2. Informe la cantidad total de personas beneficiarias del programa y los criterios de elegibilidad vigentes.
3. Informe si se encuentran en evaluación, implementación o ejecución modificaciones al diseño del programa, detallando alcance, fundamentos, objetivos y estado de situación.
4. Indique si dichas modificaciones implican o podrían implicar reducción de cobertura territorial, institucional o poblacional, especificando cantidad de CAPS o beneficiarios potencialmente alcanzados.

#### **II. MEDICAMENTOS, VADEMÉCUM Y COBERTURA SANITARIA**

5. Detalle el listado completo de medicamentos incluidos en el vademécum del programa, indicando altas, bajas y modificaciones.
6. Informe si se han eliminado medicamentos, tratamientos o líneas de cuidado, indicando fundamentos técnicos, sanitarios y administrativos.
7. Especifique las patologías actualmente cubiertas por el programa y sus eventuales modificaciones.

#### **III. DISTRIBUCIÓN, LOGÍSTICA Y ENTREGA**

8. Detalle la distribución de medicamentos, discriminada por provincia, producto y cantidad.
9. Informe los criterios de asignación y distribución de medicamentos a los CAPS.

10. Indique si se registraron interrupciones, retrasos o disminuciones en la entrega de medicamentos, detallando causas, alcance territorial y medidas adoptadas.
11. Informe si se modificó la modalidad de distribución o entrega de medicamentos, indicando fundamentos y consecuencias operativas.

#### **IV. COMPRAS, STOCK Y PROVISIÓN**

12. Detalle las compras de medicamentos e insumos realizadas, indicando proveedor, monto, procedimiento de contratación y plazos.
13. Informe el stock disponible de medicamentos y eventuales faltantes, indicando causas y medidas adoptadas.
14. Informe si se ha evaluado o dispuesto la suspensión, cancelación o modificación de procesos de compra, incluyendo licitaciones nacionales o internacionales, indicando fundamentos y estado de situación.

#### **V. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO**

15. Informe el presupuesto vigente del programa y su nivel de ejecución.
16. Indique si se han producido recortes, reasignaciones o subejecuciones presupuestarias, detallando montos y fundamentos.
17. Informe el impacto de dichas decisiones sobre la compra, distribución y cobertura del programa.

#### **VI. IMPACTO SANITARIO Y TERRITORIAL**

18. Informe si se han realizado estudios de impacto sanitario, territorial o social vinculados al funcionamiento o modificaciones del programa, remitiendo copia.
19. Detalle el impacto de eventuales reducciones en la provisión de medicamentos sobre la demanda en hospitales y otros efectores del sistema público de salud.

#### **VII. RELACIÓN FEDERAL Y COORDINACIÓN INTERJURISDICCIONAL**

20. Informe si se prevé o se ha dispuesto la transferencia de responsabilidades del programa a provincias o municipios, detallando obligaciones, recursos asignados y mecanismos de control.
21. Indique si existieron comunicaciones formales en el ámbito del Consejo Federal de Salud (COFESA) respecto del programa, remitiendo documentación respaldatoria.

#### **VIII. TRANSPARENCIA Y CONTROL**

22. Informe los mecanismos de seguimiento, control, auditoría y trazabilidad aplicados al programa.
23. Informe la cantidad de reclamos, denuncias o presentaciones vinculadas a faltantes, demoras o irregularidades en la provisión de medicamentos.

## **IX. TRAZABILIDAD Y CONTROL EFECTIVO DE MEDICAMENTOS**

24. Informe si el programa cuenta con sistemas de trazabilidad de medicamentos desde su adquisición hasta su entrega al paciente, indicando herramientas utilizadas y alcance territorial.
25. Indique si existen mecanismos de validación de la efectiva entrega al paciente, detallando su funcionamiento.
26. Informe si se han detectado desvíos, pérdidas, vencimientos, faltantes injustificados o inconsistencias, detallando casos, jurisdicción y medidas adoptadas.

## **X. INTERRUPCIÓN DE TRATAMIENTOS Y RIESGO SANITARIO**

27. Informe si existen registros de interrupción de tratamientos por falta de provisión de medicamentos del programa.
28. En caso afirmativo, detalle cantidad de casos, patologías involucradas y jurisdicción.
29. Informe si se han identificado incrementos en consultas hospitalarias o internaciones vinculadas a la falta de medicamentos.

## **XI. REDUCCIÓN OPERATIVA Y CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN**

30. Indique si se han producido reducciones en la cantidad de medicamentos distribuidos, en la frecuencia de entrega o en el volumen de botiquines enviados a los CAPS.
31. Informe si se han impartido instrucciones internas tendientes a restringir la entrega de medicamentos o priorizar determinados grupos poblacionales.
32. Detalle si existen criterios de priorización que impliquen exclusión o postergación de pacientes o patologías.

## **XII. RESPONSABILIDADES Y DECISIONES ADMINISTRATIVAS**

33. Identifique las áreas y funcionarios responsables de las decisiones vinculadas al funcionamiento del programa.
34. Remita copia de actos administrativos, resoluciones, circulares o instrucciones internas que hayan impactado en el programa.

## **XIII. PRECIOS, PROVEEDORES Y CONTRATACIONES**

35. Informe los precios unitarios de adquisición de medicamentos y su evolución.
36. Indique si se registraron incrementos significativos de precios, detallando productos y proveedores.
37. Informe si existen concentraciones de adjudicación en determinados proveedores o modificaciones en el padrón de contratistas.

#### **XIV. ALERTAS INTERNAS Y CONTROL INSTITUCIONAL**

38. Informe si áreas técnicas u organismos de control han emitido advertencias o informes críticos sobre el programa.
39. En caso afirmativo, remita copia y detalle medidas adoptadas.

#### **XV. IMPACTO SOCIAL Y RECLAMOS TERRITORIALES**

40. Informe si se han registrado reclamos de provincias, municipios o equipos de salud vinculados a faltantes o reducción del programa.
41. Detalle si existen registros de situaciones críticas o eventos sanitarios asociados a la falta de provisión de medicamentos.

#### **XVI. DISPOSICIONES GENERALES**

42. Toda la información deberá presentarse desagregada por jurisdicción y tipo de medicamento.
43. Toda respuesta deberá indicar fuente, metodología de elaboración, fecha de actualización y documentación respaldatoria.
44. En caso de inexistencia, falta de sistematización o imposibilidad de acceso a los datos requeridos, deberá fundarse de manera expresa dicha situación e indicar las medidas previstas para subsanarla.

**Pablo JULIANO  
Alejandra TORRES  
María Inés ZIGARÁN  
Carolina BASUALDO  
Esteban PAULÓN**

## FUNDAMENTOS

Señor Presidente:

El presente proyecto de resolución se inscribe en el ejercicio pleno de las atribuciones de control que la Constitución Nacional reconoce al Honorable Congreso de la Nación. No se trata de una potestad meramente formal ni de una facultad accesoria del sistema republicano, sino de una herramienta central para garantizar la transparencia, la rendición de cuentas y el control democrático sobre la gestión de los recursos públicos, en especial cuando se encuentran comprometidos derechos fundamentales de sectores que requieren una tutela reforzada.

Ese deber de control adquiere una intensidad singular en materia sanitaria. Y lo hace todavía con mayor fuerza cuando se trata de un programa como REMEDIAR, cuya finalidad no es accesoria ni complementaria, sino estructural para el funcionamiento del primer nivel de atención. Según la información oficial actualmente publicada por el propio Estado nacional, Remediar garantiza el acceso y la cobertura de medicamentos esenciales mediante distribución directa a los centros de salud; la provisión llega mensualmente a más de 7.800 Centros de Salud de todo el país, da respuesta al 80% de las consultas del Primer Nivel de Atención y procura cobertura para 19 millones de personas que dependen exclusivamente del sistema público. El propio diseño oficial del programa muestra, entonces, que no estamos ante una política secundaria, sino ante una pieza central de la red pública de atención primaria.

Esa centralidad sanitaria también explica su relevancia institucional. REMEDIAR fue concebido como una política pública destinada a remover una de las barreras más gravosas en el acceso al derecho a la salud: el costo de los medicamentos esenciales. Su lógica no se agota en la compra y distribución de insumos; articula cobertura farmacológica, fortalecimiento del primer nivel, descompresión de la demanda hospitalaria, continuidad de tratamientos y reducción del gasto de bolsillo de millones de personas. Precisamente por ello, cualquier modificación en su alcance, en su modalidad de distribución, en su financiamiento, en su vademécum o en sus procedimientos operativos puede producir efectos inmediatos sobre la población más vulnerable y sobre el sistema sanitario en su conjunto.

Los proyectos legislativos ya presentados sobre la materia, cuyos insumos resultan especialmente valiosos para este nuevo pedido de informes, exponen con claridad los dos planos del problema que hoy justifican la intervención parlamentaria. Por un lado, se advierte la existencia de versiones y señales preocupantes respecto de eventuales modificaciones en el diseño del programa, que podrían afectar su cobertura territorial, su población objetivo, su modalidad de implementación, sus líneas terapéuticas e incluso la continuidad de procesos de compra de medicamentos esenciales. Por otro, se pone de relieve la necesidad de contar con datos precisos sobre entregas, variaciones interperíodo, criterios de distribución, metodología operativa, compras, stock y motivos de eventuales disminuciones en productos e insumos distribuidos. Dicho de otro modo: las preocupaciones ya expresadas en esta Honorable Cámara no solo son legítimas, sino que muestran que el problema exige un abordaje más integral, más preciso y más quirúrgico que el ensayado hasta ahora.

En efecto, uno de los proyectos presentados advierte sobre la eventual focalización del programa en un número limitado de efectores, la posible reducción de la cobertura territorial, la exclusión de establecimientos del nuevo esquema, eventuales modificaciones presupuestarias, un eventual cambio en enfermedades o líneas de cuidado cubiertas, e incluso la posibilidad de que se hubiese evaluado dejar sin efecto una licitación internacional destinada a la adquisición de medicamentos esenciales. También incorpora la preocupación por un eventual esquema de corresponsabilidad con las provincias y por la existencia de comunicaciones en el ámbito del COFESA que habrían sido retiradas de los canales oficiales. Todos esos elementos revelan, por sí mismos, que no estamos frente a una inquietud abstracta ni frente a una controversia meramente política, sino ante una situación que, de confirmarse, podría alterar sustancialmente una política sanitaria federal de enorme impacto social.

A su vez, el segundo proyecto aporta una dimensión igualmente relevante: la exigencia de información concreta sobre la entrega de medicamentos, diferenciada por provincia y por producto; la explicación de las variaciones entre períodos; el criterio de distribución utilizado; los cambios en la metodología de distribución y entrega; la identificación de disminuciones en productos o insumos distribuidos; y el detalle de compras y stock. Ese enfoque exhibe una intuición correcta: en programas de esta magnitud, no alcanza con indagar el plano discursivo o normativo; es indispensable examinar la materialidad efectiva de la política pública, esto es, si los medicamentos se compran, si llegan, si se distribuyen con regularidad, si el stock es suficiente, si los criterios de asignación son objetivos y si los cambios operativos han reducido, en los hechos, la cobertura efectiva.

Esa necesidad de control se vuelve todavía más evidente a la luz de la propia estructura operativa que el Estado reconoce para REMEDIAR. La página oficial del programa no solo informa su modalidad de distribución directa y su alcance territorial; también exhibe un sistema formal de documentación y trazabilidad compuesto, entre otros instrumentos, por formularios de control mensual de stock, registro de unidades entregadas a usuarios, remitos para traslado de medicamentos e insumos, formularios de recetas y mecanismos para rendir medicamentos no aptos para consumo. Además, el Ministerio de Salud mantiene una plataforma digital específica para la rendición mensual del Formulario B de stock y capacita a los efectores del programa en procedimientos de recepción del botiquín, prescripción y entrega de medicamentos, rendición mensual de stock, documentación respaldatoria, clearing y operatorias ante faltantes, sobrantes excesivos o medicamentos no aptos. Todo ello demuestra que la información requerida en este pedido no es imposible, inexistente ni extravagante: por el contrario, la propia operatoria oficial del programa presupone la producción, registro y circulación de esos datos.

Por eso mismo, la eventual falta de respuesta precisa, la opacidad informativa o la remisión a categorías genéricas no podrían ser admitidas como satisfactorias. Si existe un sistema de formularios para stock mensual, si existe un registro de unidades entregadas a usuarios, si existen remitos de traslado, si hay plataformas de rendición digital, si hay procedimientos para medicamentos no aptos, si hay responsables del programa en CAPS y referentes provinciales y jurisdiccionales, entonces existe también la obligación institucional de brindar información completa, verificable y desagregada. La ausencia de transparencia, en ese contexto, no sería una mera insuficiencia administrativa: sería un problema de rendición de cuentas frente al Congreso y frente a la ciudadanía.

El encuadre jurídico de esta cuestión es igualmente contundente. El derecho a la salud integra el bloque de constitucionalidad federal y posee jerarquía reforzada a partir de los tratados internacionales de derechos humanos incorporados por el artículo 75 inciso 22 de la Constitución Nacional. En el plano universal, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha sostenido que el derecho a la salud comprende no solo prestaciones abstractas, sino un derecho a bienes y servicios de salud oportunos y apropiados. En el plano interamericano, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores establece que su objeto es promover, proteger y asegurar el pleno goce y ejercicio de los derechos humanos de las personas mayores; obliga a los Estados a adoptar las medidas legislativas y de otra índole necesarias para hacer efectivos esos derechos; y dispone expresamente que sus previsiones se aplican a todas las partes de los Estados federales, sin limitaciones ni excepciones.

Ese marco convencional es central en este caso por una razón sencilla: las personas mayores, las personas con enfermedades crónicas y la población sin cobertura de salud no pueden quedar expuestas a retrocesos arbitrarios en el acceso a medicamentos esenciales. Cuando una política pública sanitaria de alcance federal garantiza en la práctica el acceso a tratamientos básicos a millones de personas, su debilitamiento, reducción o fragmentación no puede analizarse como una mera cuestión de organización administrativa. En esos supuestos entra en juego el principio de progresividad y no regresividad en materia de derechos económicos, sociales y culturales. Cuanto más estructural es una política para la satisfacción de derechos, más intensa es la carga argumentativa del Estado para justificar cualquier retroceso. Y cuanto más vulnerable es la población afectada, mayor es el deber de transparencia, motivación y control democrático.

En tal sentido, preocupa especialmente la posibilidad de una reducción encubierta del programa. Una política pública puede ser debilitada no solo por una derogación expresa, sino también por múltiples decisiones parciales y convergentes: reducción de botiquines, disminución de cantidades enviadas, achicamiento del vademécum, modificación silenciosa de criterios de elegibilidad, postergación de compras, cancelación de licitaciones, transferencias de responsabilidades a provincias sin financiamiento suficiente, discontinuidad de líneas terapéuticas, concentración de cobertura en ciertos efectores o simple ralentización de la distribución. En materia de salud pública, muchas veces el vaciamiento no se anuncia: se ejecuta. Y por eso este pedido de informes procura reconstruir no solo el marco formal del programa, sino su funcionamiento efectivo.

También debe subrayarse la dimensión federal del problema. Si REMEDIAR se debilita, no solo se perjudica a cada usuario o usuaria que deja de recibir un medicamento: se traslada presión financiera y asistencial a provincias y municipios, se recarga a hospitales y efectores locales, se amplían desigualdades territoriales y se castiga especialmente a aquellas jurisdicciones donde el sistema público constituye la única respuesta sanitaria disponible. Justamente por eso los proyectos ya presentados pusieron el foco en la posible transferencia de responsabilidades a las jurisdicciones y en la necesidad de aclarar qué obligaciones, recursos y mecanismos de seguimiento podrían quedar a cargo de las provincias. Ese punto no es menor: una descentralización sin financiamiento suficiente no es coordinación federal; es transferencia de crisis.

La preocupación presupuestaria y contractual es, además, ineludible. Tratándose de un programa de compra centralizada de medicamentos esenciales, el seguimiento del presupuesto, del nivel de ejecución, de las licitaciones, de los proveedores, de los precios de adquisición, del stock y de los eventuales faltantes es indispensable para evaluar la continuidad real de la política. Lo mismo ocurre con la posibilidad de concentraciones de adjudicación, incrementos de precios o alteraciones en los procesos de compra. Un programa que depende de la regularidad del abastecimiento no puede ser analizado sin examinar simultáneamente sus circuitos de contratación, provisión y distribución. Esa es una de las razones por las cuales el presente proyecto incorpora preguntas específicas sobre precios, proveedores, stock, alertas técnicas, decisiones administrativas y documentación respaldatoria.

No menos importante es el impacto humano y social de cualquier interrupción en la provisión. Cuando el Estado deja de garantizar medicamentos esenciales en el primer nivel, el costo no desaparece: se desplaza. Se traslada a las familias, que deben afrontar gastos imposibles; a los centros de salud, que pierden capacidad resolutoria; a los hospitales, que reciben la demanda que no pudo ser contenida a tiempo; y al propio sistema sanitario, que termina pagando mucho más por complicaciones, internaciones y agravamiento de enfermedades que pudieron haber sido tratadas oportunamente. Por eso, no alcanza con saber si el programa existe formalmente; hay que saber si está funcionando con la intensidad, regularidad y cobertura que su finalidad exige.

En definitiva, el presente pedido de informes no persigue un objetivo declarativo ni retórico. Busca obtener información precisa, verificable, documentada y desagregada que permita conocer el estado real del Programa REMEDIAR, su cobertura efectiva, sus eventuales modificaciones, la regularidad de la distribución, la situación de sus compras y stock, la transparencia de sus procesos, la existencia de alertas técnicas, la trazabilidad de los medicamentos y el impacto concreto que cualquier reducción esté produciendo sobre la población y sobre el sistema sanitario. Se trata de ejercer el control parlamentario allí donde puede haber opacidad, de exigir explicaciones allí donde puede haber retrocesos, y de intervenir institucionalmente antes de que una política pública esencial sea desmantelada de hecho.

Porque cuando está en juego el acceso a medicamentos esenciales para millones de personas, la falta de información no es neutral. La opacidad también enferma. Y cuando lo que se pone en riesgo no es un programa accesorio sino una herramienta central del primer nivel de atención, el Congreso no puede mirar para otro lado.

Por todo lo expuesto, solicito a mis pares el acompañamiento del presente proyecto.

El presente proyecto de resolución se inscribe en el ejercicio pleno de las atribuciones de control que la Constitución Nacional reconoce al Honorable Congreso de la Nación. No se trata de una facultad meramente formal, sino de una herramienta esencial del sistema republicano destinada a garantizar la transparencia, la rendición de cuentas y el control democrático sobre la gestión de los recursos públicos.

Pero, en este caso, el control parlamentario no es solo una función institucional: es una obligación política frente a un escenario que genera una profunda preocupación social y sanitaria.

El Programa REMEDIAR constituye una de las políticas públicas más relevantes en materia de acceso a medicamentos esenciales en la República Argentina. Desde su creación, ha garantizado la provisión gratuita de tratamientos a millones de personas que dependen exclusivamente del sistema público de salud, fortaleciendo el primer nivel de atención y reduciendo de manera sustantiva el gasto de bolsillo de las familias.

No estamos ante un programa accesorio. Estamos ante una política estructural del sistema sanitario.

Su alcance territorial, su capilaridad federal y su impacto directo en la vida cotidiana de la población lo convierten en una herramienta indispensable para garantizar el derecho a la salud, especialmente en los sectores más vulnerables.

Sin embargo, en los últimos meses han comenzado a surgir señales alarmantes.

Versiónes provenientes de actores del sistema de salud, advertencias de autoridades provinciales, inquietudes de equipos sanitarios y antecedentes administrativos recientes permiten inferir la posible existencia de modificaciones sustanciales en el funcionamiento del programa.

Se ha advertido sobre: eventuales reducciones en la cobertura territorial, posibles cambios en la población beneficiaria, modificaciones en el vademécum, alteraciones en la modalidad de distribución, e incluso la posibilidad de afectación de procesos de compra de medicamentos esenciales.

A ello se suma la falta de información pública clara, precisa y verificable, lo que impide evaluar con certeza el alcance real de estas decisiones.

Y cuando falta información en políticas sanitarias de esta magnitud, lo que aparece no es neutralidad: aparece incertidumbre, desigualdad y riesgo.

En este punto, es necesario ser claros. El problema no es únicamente la eventual existencia de irregularidades o deficiencias operativas. El problema es más profundo: es el posible debilitamiento deliberado de una política pública esencial.

Porque una política sanitaria no se desmantela únicamente mediante su derogación formal. También puede vaciarse mediante decisiones fragmentadas: reduciendo la cantidad de medicamentos, restringiendo la distribución, limitando el acceso, postergando compras, modificando criterios sin publicidad, o trasladando responsabilidades a las provincias sin los recursos correspondientes.

Ese tipo de decisiones no son técnicas. Son políticas. Y cuando esas decisiones afectan el acceso a medicamentos esenciales, sus consecuencias son inmediatas y concretas.

Se traducen en tratamientos interrumpidos, en enfermedades que se agravan, en mayor presión sobre hospitales, en aumento del gasto de bolsillo, y en una profundización de las desigualdades sanitarias.

Porque cuando el Estado se retira del primer nivel de atención, no desaparece la necesidad de salud: simplemente cambia quién paga el costo.

Y ese costo, inevitablemente, recae sobre quienes menos pueden afrontarlo.

En este contexto, el derecho a la salud no puede ser interpretado como una declaración abstracta. Se trata de un derecho fundamental, reconocido por la Constitución Nacional y por los tratados internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional (artículo 75 inciso 22), que impone obligaciones concretas al Estado.

Entre esas obligaciones se encuentra la de garantizar el acceso efectivo a medicamentos esenciales. Y también la de no adoptar medidas regresivas que deterioren el nivel de protección alcanzado.

El principio de progresividad y no regresividad no es una consigna: es un límite jurídico. Y ese límite se vuelve particularmente exigente cuando las medidas afectan a personas mayores, personas con enfermedades crónicas o población sin cobertura de salud.

Porque en esos casos, no estamos ante variables económicas. Estamos ante derechos humanos.

En paralelo, resulta particularmente preocupante la posibilidad de una transferencia de responsabilidades hacia las provincias sin la correspondiente asignación de recursos.

Una descentralización sin financiamiento adecuado no fortalece el federalismo: traslada la crisis.

Y lo hace, además, de manera desigual, profundizando las brechas entre jurisdicciones y debilitando la capacidad de respuesta del sistema sanitario en aquellos territorios donde el sistema público constituye la única alternativa de atención.

Por otra parte, la magnitud económica del programa, su sistema de compras centralizadas y su red de distribución imponen la necesidad de extremar los mecanismos de control, auditoría y transparencia.

La ausencia de información detallada sobre compras, stock, distribución, precios, proveedores y trazabilidad de medicamentos no es una cuestión menor.

En un programa de esta envergadura, la opacidad no es neutral: es un problema en sí mismo. Porque sin información no hay control, y sin control no hay garantía de que los recursos públicos estén siendo utilizados en función del interés general.

Por eso, este pedido de informes no se limita a solicitar datos generales. Busca reconstruir el funcionamiento real del programa: saber si los medicamentos se compran, si llegan a los centros de salud, si se distribuyen con regularidad, si alcanzan a la población que los necesita, y qué decisiones se están tomando en cada una de esas etapas.

Porque la existencia formal de un programa no garantiza su funcionamiento efectivo.

Y en materia de salud, esa diferencia no es menor: puede ser la diferencia entre acceder a un tratamiento o no hacerlo. Puede ser la diferencia entre prevenir una enfermedad o tratar sus consecuencias. Puede ser, incluso, la diferencia entre la vida y la muerte.

No estamos ante una discusión técnica ni ante una disputa administrativa. Estamos ante la vida concreta de millones de personas que dependen del sistema público de salud para acceder a medicamentos esenciales.

Y cuando un medicamento no llega, cuando un tratamiento se interrumpe, cuando un centro de salud no puede responder, no estamos frente a un problema logístico: estamos frente a una falla del Estado.

Por eso, el control parlamentario en este caso no es una opción. Es una obligación. Una obligación frente a la Constitución. Pero también frente a la sociedad. Porque cuando el Estado deja de garantizar medicamentos esenciales, no está ajustando un programa: está trasladando el costo de la salud a quienes menos pueden soportarlo. Y cuando eso ocurre, lo que está en juego no es una política pública. Es la vigencia misma de los derechos.

Por todo lo expuesto, solicito a mis pares el acompañamiento del presente proyecto.

**Pablo JULIANO**  
**Alejandra TORRES**  
**María Inés ZIGARÁN**  
**Carolina BASUALDO**  
**Esteban PAULÓN**