

PROYECTO DE LEY

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1° - La presente ley tiene por objeto garantizar, en todo el territorio de la República Argentina, el acceso equitativo, continuo y gratuito a medicamentos esenciales, mediante la institucionalización del Programa Remediar como política pública permanente del Estado Nacional.

Artículo 2° - Declárase de interés público nacional el acceso a medicamentos esenciales, en tanto componente indispensable del derecho a la salud, la equidad sanitaria y la justicia social.

Artículo 3° - El programa se regirá por los siguientes principios:

- a) Equidad en el acceso
- b) Universalidad en el primer nivel de atención
- c) Continuidad de los tratamientos
- d) Racionalidad sanitaria basada en evidencia
- e) Federalismo sanitario y coordinación interjurisdiccional
- f) Eficiencia en el uso de recursos públicos
- g) Transparencia y control público

CAPÍTULO II

DEL PROGRAMA REMEDIAR

Artículo 4°- Créase con carácter permanente el Programa Nacional “Remediar”, en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, o el organismo que en el futuro lo reemplace.

Artículo 5° - Son objetivos del programa:

- a) Garantizar la provisión gratuita de medicamentos esenciales en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS)
- b) Fortalecer el primer nivel de atención
- c) Disminuir la morbimortalidad evitable
- d) Facilitar la prevención temprana de enfermedades transmisibles
- e) Promover el uso racional de medicamentos

Artículo 6° - El programa estará dirigido prioritariamente a ciudadanos residentes sin cobertura formal de salud.

CAPÍTULO III

COBERTURA Y PRESTACIONES

Artículo 7° - El Programa deberá garantizar un vademécum de medicamentos esenciales suficiente para cubrir las patologías prevalentes del primer nivel de atención, conforme criterios epidemiológicos y evidencia científica.

Artículo 8° - El vademécum previsto en el artículo anterior, no podrá ser reducido de manera tal que afecte la cobertura de patologías prevalentes sin la existencia de un informe técnico fundado, respaldado en la evaluación de impacto sanitario, con previa intervención del Consejo Federal de Salud (COFESA) y comunicación al Honorable Congreso de la Nación.

Artículo 9° - El Estado Nacional deberá garantizar la continuidad de los tratamientos iniciados bajo el programa, evitando interrupciones que comprometan la salud de las personas.

CAPÍTULO IV

GESTIÓN Y FINANCIAMIENTO

Artículo 10° - El Ministerio de Salud implementará mecanismos de compra centralizada de medicamentos, a fin de garantizar eficiencia, transparencia y economía de escala.

Artículo 11° - La distribución de medicamentos deberá realizarse en forma equitativa entre las jurisdicciones, atendiendo a indicadores sanitarios, demográficos y sociales.

Artículo 12° - El programa contará con una partida presupuestaria específica, suficiente y no regresiva, garantizando su sustentabilidad en el tiempo.

Artículo 13° - Autorízase a la Jefatura de Gabinete de Ministros a efectuar la readecuación de las partidas necesarias para continuar con la cobertura del actual Plan Remediar vigente en el ámbito del Ministerio de Salud bajo las previsiones de la presente Ley, hasta su normalización en la nueva ley de presupuesto.

CAPÍTULO V

CONTROL Y TRANSPARENCIA

Artículo 14° - El Poder Ejecutivo deberá remitir anualmente al Congreso un informe detallado sobre la ejecución del plan institucionalizado por la presente Ley que contendrá:

- a) Cobertura poblacional
- b) Medicamentos distribuidos
- c) Ejecución presupuestaria
- d) Evaluación de impacto sanitario

CAPÍTULO VI

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 15° - Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a la presente ley.

Artículo 16° - El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley dentro de los noventa (90) días.

Artículo 17° — Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Martín Guillermo Aveiro

Diputado de la Nación

FUNDAMENTOS

Señor Presidente:

Hablar del Programa Remediar no es hablar de una política pública más. Es hablar, en términos concretos, de la posibilidad de que millones de argentinos y argentinas puedan tratar una infección, controlar una enfermedad crónica o simplemente evitar que una dolencia menor se transforme en una urgencia hospitalaria. Es, en definitiva, hablar de acceso real a la salud.

Los antecedentes del programa se dan a partir del año 2002, donde con el objetivo de promover el acceso de la población a los medicamentos esenciales, el Ministerio de Salud formuló una Política Nacional de Medicamentos. Dicha estrategia se basó en tres ejes principales: 1.- la prescripción de los medicamentos por su nombre genérico, 2- la selectividad en la financiación de los medicamentos por los seguros de salud y, 3- la provisión pública para sectores de la población sin cobertura sanitaria ni recursos para adquirirlos.

Las primeras dos estrategias estuvieron dirigidas a mejorar las condiciones de acceso de la población con capacidad financiera y/o con un sistema de cofinanciamiento de los medicamentos. En este sentido, el uso del nombre genérico o Denominación Común Internacional, fue establecido con el fin de lograr una mayor competencia por precio entre las distintas alternativas comerciales de un mismo tipo de medicamento.

Por otra parte, la financiación selectiva enumera explícitamente cuáles medicamentos deben ser incluidos en la financiación pública o colectiva – obras sociales-. Para ello, se dispuso la reforma del Programa Médico Obligatorio (PMO) que obliga al sistema de seguridad social y a las empresas de medicina prepaga a cubrir un listado de medicamentos ambulatorios.

Por último, el tercer componente de la Política Nacional de Medicamentos consistió en un programa de provisión pública. Las medidas anteriores alcanzan a aquellas personas que cuentan con cobertura de salud y/o recursos para acceder a los medicamentos. Sin embargo, un gran porcentaje de la población depende exclusivamente del sistema de salud público para el acceso a los mismos y para cumplir con este objetivo fue que se creó el Programa Remediar.

El Programa Remediar es un plan centralizado de acción conjunta entre el Ministerio de Salud de la Nación y el Programa de Reforma de Atención de la Salud (PROAPS) con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo. El mismo fue creado con el fin de enfrentar la emergencia sanitaria de 2002, teniendo como objetivo la provisión gratuita de medicamentos ambulatorios en Centros de Atención Primaria (CAPS), garantizando el acceso de la población sin cobertura formal en salud a los medicamentos esenciales que dan respuesta a la mayoría de los motivos de consulta.

La población objetivo fue en un principio de más de 15 millones de personas, abarcando actualmente a más de 19 millones.

A diferencia de otros programas sociales, particularmente aquellos con características de subsidio a la demanda, la identificación del beneficiario se hace de manera indirecta mediante la concurrencia del mismo a un Centro de Atención proveedor de medicamentos. Consecuentemente, no existen criterios definidos de elegibilidad de usuarios. Los mismos resultan elegibles en la medida que acudan al CAP en busca de atención médica y se le prescriba un medicamento incorporado en el botiquín Remediar.

En este sentido, la población que consulta a los profesionales del CAP de su zona de residencia, puede acceder gratuitamente a la medicación recetada a partir del retiro de la misma en la farmacia del centro de atención primaria, firmando una receta específica del programa.

Asimismo, la provisión gratuita de medicamentos a la población con dificultades para hacerlo no constituye el único objetivo del programa: también se busca fortalecer un modelo de atención primaria y promover políticas saludables con gestión participativa.

Al establecer este verdadero programa de salud social en esa época que perdura hasta nuestros días, con el antecedente de una gran crisis social, la respuesta fue clara: el Estado no se retira, el Estado interviene no dejando a sus ciudadanos librados a su propia suerte.

Tal como surge de los antecedentes técnicos, el programa permitió garantizar medicamentos esenciales en el primer nivel de atención, alcanzando a millones de personas y cubriendo la gran mayoría de las patologías prevalentes. Y de esta manera se obtienen además efectos secundarios virtuosos como prevenir contagios y disminuir el riesgo de morigerar la productividad del trabajo por ausencias sustentadas en enfermedades.

Pero además, cumplió una función menos visible y profundamente estructural: reducir la desigualdad.

En nuestro país, el gasto en medicamentos impacta de manera desproporcionada en los sectores de menores ingresos, pudiendo representar más del 11% de sus recursos. Esto significa que, sin intervención estatal, enfermarse puede empujar a una familia a la pobreza.

Por eso, cuando se debilita una política como Remediar, no estamos frente a una mera reorganización administrativa. Estamos frente a una decisión que tiene consecuencias concretas: tratamientos que se interrumpen, enfermedades que se agravan, sistemas de salud locales que se saturan y familias que vuelven a elegir entre comer o medicarse.

En los últimos meses se han conocido indicios de modificaciones en el alcance del programa, que hoy solo tiene sustento en decisiones administrativas, a saber: reducción del vademécum y cambios en su

implementación. Más allá de la discusión coyuntural, lo que este proyecto propone es algo más profundo: evitar que una política esencial quede sujeta a vaivenes del gobierno de turno. Sustancialmente porque estamos convencidos que hay políticas que deben trascender gobiernos, especialmente en algo tan importante como la salud de los argentinos.

Los medios alertan brindando noticias sobre la suspensión o reducción severa en la entrega de los 79 medicamentos esenciales anteriores, con denuncias de que la cobertura se redujo a solo tres fármacos cardiovasculares. Esto provoca un enorme impacto Económico y Sanitario ya que los pacientes deben asumir el costo de los remedios que ya no suministra el centro de salud, afectando la adherencia al tratamiento.

A su turno degrada enormemente las finanzas de las provincias, que deben enfrentar compras de emergencia reportando aumentos de costos superiores a los que se abonaban a nivel nacional al comprarse en mayor cantidad, para cubrir el bache.

Ya son varios los expertos que alertan sobre un posible colapso de las guardias hospitalarias debido al aumento de complicaciones por abandono de tratamientos crónicos.

Por tal motivo, el presente proyecto no pretende congelar el programa actualmente vigente, ni impedir su mejora. Por el contrario, busca dotarlo de reglas claras, criterios sanitarios y mecanismos de control democrático que permitan su evolución sin poner en riesgo su objetivo central.

Por eso estamos intentando darle jerarquía legal estableciendo pisos mínimos de cobertura de manera de garantizar la continuidad de tratamientos de todos los habitantes del país y amén de ello fortalecer el control parlamentario y asegurar su financiamiento.

Se trata de construir previsibilidad donde hoy los medios reflejan una gran incertidumbre, porque cuando una política sanitaria se vuelve incierta,

quienes primero lo sienten no son los sistemas, sino las personas y en materia de salud, la incertidumbre siempre se paga caro.

Por otra parte, el derecho universal a la salud se encuentra garantizado por la Constitución Nacional en el artículo 42°, así como también en el artículo 75° inciso 22 a través de la incorporación de los Tratados Internacionales sobre Derechos Humanos, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), formando un bloque de protección integral

Las razones expuestas son motivo suficiente y necesario de llevar a la consagración legislativa el plan actualmente vigente, con las básicas garantías para la salud de casi la mitad de nuestra población que hoy es usuaria de aquél.

Por todo lo expuesto, solicito a mis pares la aprobación del presente proyecto.

Martín Guillermo Aveiro

Diputado de la Nación