

6 OCT 2017

COMUNICACIÓN N°

-CM-17

671 17

DESCRIPCIÓN SINTÉTICA: COMUNICACIÓN MINISTRO DE SALUD PROVINCIAL  
SOBRE COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD

#### ANTECEDENTES

Declaración Universal de los Derechos Humanos

Organización Mundial de la Salud

Constitución Nacional

Decreto Nacional 908/2016: COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD

Decreto Nacional 1424/1997: PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD  
DE LA ATENCION MÉDICA

Constitución Provincial

Carta Orgánica

Resolución 458/2009 del Ministerio de Salud: Creación de la UNIDAD  
COORDINADORA DE EVALUACION Y EJECUCION DE TECNOLOGIAS EN  
SALUD.

#### FUNDAMENTOS

A partir de una iniciativa de la CTA y el Movimiento por el Derecho a la Salud, tomamos conocimiento de las consecuencias que el Decreto 908/2016 tiene y tendrá sobre el sistema de salud público. Por eso creemos fundamental que el Ministro de Salud de la Provincia de Río Negro le comunique a este Concejo Deliberante y a toda la población de Río Negro las razones que lo llevaron a adherir a la propuesta Cobertura Universal de Salud (CUS).

#### 1.- Análisis del decreto que establece la CUS

El 02/08/2016 el presidente Macri y veinte de sus ministros, incluido el Ministro de Salud Jorge Lemus, firmaron el **Decreto de Necesidad y Urgencia 908/2016** que lleva por título

“COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD” y por subtítulo “Fondo Solidario de Redistribución”. En los considerandos del decreto que se reproducen a continuación se pretende justificar la necesidad y urgencia del mismo.

*Que en los últimos años se fue acumulando en el FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN una significativa reserva de capital disponible —originado en la ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS ESPECIALES— como consecuencia de la inobservancia de las disposiciones legales vigentes en la materia.*

*Que ante tal anomalía, corresponde proceder en forma inmediata a la asignación de dichos recursos a través de un régimen excepcional, a los fines de propender al cumplimiento de las normas vigentes y, a un mismo tiempo, a la recomposición de la crítica situación por la que atraviesan todos los actores del Sistema de Salud.*

*Que la crítica situación del sector, evidencia una circunstancia extraordinaria que hace imposible seguir los trámites de rigor previstos por la CONSTITUCIÓN NACIONAL para la sanción de las leyes.*

Si bien el sector público de la salud acarrear problemas estructurales referidos a falta de recursos disponibles y formaciones del personal médico y no médico, la atención en los hospitales es un hecho y creemos que hay que mejorarla en tanto servicio para la ciudadanía, y no como una oferta más dentro del mercado de la salud, como intenta ser esta propuesta del gobierno nacional.

Por otra parte, queda claro que es a partir de la disponibilidad de fondos del Sistema Nacional de Obras Sociales (SNOS) provenientes de salarios de trabajadores sindicalizados, que se planifica la distribución de esos recursos. Es decir, se decide desde el PEN el destino de fondos de un subsector a otro, sin pasar por el Congreso de la Nación. Considerando que se trata de una decisión que involucra a toda la comunidad, era necesaria la discusión en una instancia plural y representativa del pueblo como es el Congreso. Pareciera que el PEN aprovecha la disponibilidad de fondos para una distribución de dudosa legitimidad, en la que destina una parte a la CUS y otra al SNOS pudiendo

interpretarse esta última como un gesto positivo al sector sindical, más que a necesidades de salud. Por ello creemos que este decreto es sumamente cuestionable en los fundamentos de su urgencia y debería revisarse por el Congreso.

Efectuadas estas consideraciones se pasa al análisis del DNU 908/16. En sus primeros artículos se determinan las líneas claves sobre la CUS por lo cual se transcriben a continuación textualmente para luego revisarlas:

*ARTÍCULO 1° — Establécese un régimen excepcional de distribución de los recursos acumulados al 28 de julio de 2016 en el FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN, que no fueran oportunamente aplicados conforme la normativa vigente, deducido el monto no distribuido correspondiente al año 2015.*

*ARTÍCULO 2° — Dispónese la afectación, por única vez, de los recursos del FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN la suma de PESOS OCHO MIL MILLONES (\$ 8.000.000.000) con destino a la financiación de la estrategia de COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD (CUS).*

*ARTÍCULO 3° — Apruébanse para la estrategia COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD (CUS) las finalidades descriptas en el ANEXO I que forma parte del presente Decreto.*

*ANEXO I*

*Identificación, nominalización y documentación de beneficiarios de la Cobertura Universal de Salud.*

*Mejoramiento de las determinantes sociales de salud.*

*Desarrollo, equipamiento y puesta en valor de efectores públicos de salud.*

*Fortalecimiento y modernización del sector público de salud.*

*Acciones de Atención Primaria de la Salud.*

*Desarrollo y optimización de las Redes Integradas de Servicios de Salud.*

*Mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.*

*Fortalecimiento de los recursos humanos en salud.*

*Actividades de Promoción y Protección de la salud y medicina  
preventiva.*

*ARTÍCULO 4° — Dispónese que con la suma prevista en el artículo 2° del presente, la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD constituirá un FIDEICOMISO DE ADMINISTRACIÓN, cuyo fiduciario será el BANCO DE LA NACION ARGENTINA, con el objeto de financiar la estrategia de COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD (CUS) que instrumentará el MINISTERIO DE SALUD, y cuyo funcionamiento será oportunamente fijado por la reglamentación que al efecto se dicte.*

*ARTÍCULO 5° — El MINISTERIO DE SALUD deberá constituir una UNIDAD EJECUTORA integrada por SEIS (6) miembros, DOS (2) designados por el MINISTERIO DE SALUD, DOS (2) designados por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, organismo descentralizado en la órbita del MINISTERIO DE SALUD y DOS (2) designados por la CONFEDERACIÓN GENERAL DEL TRABAJO. Dicha UNIDAD EJECUTORA tendrá a su cargo la definición de los proyectos a ser financiados por el FIDEICOMISO DE ADMINISTRACIÓN previsto en el artículo 4°.*

El artículo 1 establece la fuente de los fondos, que como fuera dicho más arriba tiene una legitimidad controversial, por tratarse de fondos propios del SNOS que se transfieren al sector público. En el artículo 2 se destinan 8000 millones de pesos por única vez al financiamiento de la CUS. Se trata de una suma tan exigua -constituye solo 2% del gasto total en salud<sup>1</sup>- que puede afirmarse sin temor al error que solo tiene un valor simbólico. Representa un monto de \$ 533 por beneficiario (sobre la base de 15 millones si consideramos la subpoblación de cobertura estatal exclusiva), o de \$ 195 por beneficiario, si tomamos como base a los 41 millones de argentinos, teniendo en cuenta que se trataría de un programa universal. Como agravante, llama la atención que no está prevista la fuente de financiamiento a posteriori de que ese monto se agote, lo cual implica que se destinarán los

<sup>1</sup> El gasto total en salud en Argentina según datos del Banco Mundial es de aproximadamente 24000 millones de dólares. Los 8000 millones de pesos destinados a la CUS equivalen a 500 millones de dólares, un 2% de aquel total.

mismos recursos financieros actuales del sector público, que han dado sobradas pruebas de su insuficiencia.

Las finalidades de la CUS son definidas en el art 3 y el anexo I, que como se observa, forman un grupo de funciones de gran importancia y complejidad, imposible de ser cumplidas con el financiamiento previsto. Es altamente probable incluso que ni siquiera una sola de dichas finalidades pueda ser financiada de esa manera. Piénsese como ejemplo que la tercera de ellas (*Desarrollo, equipamiento y puesta en valor de efectores públicos de salud*), lleva un costo muy superior al fijado por el decreto.

Los artículos 4 y 5 establecen que el monto destinado a la CUS se depositará en un fideicomiso en el Banco Nación a nombre de Superintendencia de Servicios de Salud (SSS). La unidad ejecutora de este fondo estará formada en partes iguales por directores de la SSS, el Ministerio de Salud y la Confederación General del Trabajo (CGT). Lo que genera muchas preguntas, porque los intereses del sector de obras sociales no siempre son los mismos y a veces incluso se enfrentan a los del sector público. Por otra parte, queda pendiente conocer la reglamentación que determine como administrará ese fondo el directorio mencionado.

Los restantes artículos del Decreto se refieren a los \$ 18000 restantes del Fondo Solidario de Redistribución de la SSS que quedan disponibles para el (SNOS).

Hasta aquí el decreto de referencia muestra:

- Falta de justificación sobre su necesidad y urgencia.
- Es cuestionable utilizar recurso financiero del SNOS para financiar sector público.
- Los fondos destinados a la CUS son insignificantes, en relación al gasto total en salud de Argentina.
- Insuficiencia del financiamiento previsto para cumplir con las finalidades de la CUS que establece el decreto.
- Falta de precisiones sobre los criterios para determinar la distribución del monto destinado a la CUS. El directorio que toma las decisiones está conformado por cuatro directores vinculados al SNOS (dos de la SSS y dos de la CGT) y solo dos directores del Ministerio de Salud de la Nación. Las provincias no están representadas.

## 2.- Análisis del proyecto de ley de la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (AGNET)

El 12 de Julio de 2016 el PEN se dirige al congreso y presenta un proyecto de ley para creación de la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (AGNET)<sup>2</sup>. En su artículo 2, el proyecto determina que se fijará una canasta básica de prestaciones para el sector público de salud, que abarcará todas aquellas prácticas médicas existentes, esto es desde medicamentos, hasta técnicas quirúrgicas o procedimientos clínicos.

*“Artículo 2. Incumbencia. La Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (AGNET) tiene por objeto la realización de estudios y evaluaciones de medicamentos, productos médicos e instrumentos, técnicas y procedimientos clínicos, quirúrgicos o de cualquier otra naturaleza que sean utilizadas para prevenir, tratar o rehabilitar la salud, a fin de determinar la oportunidad y modo de incorporación, uso apropiado o exclusión del PMO, la canasta básica de prestaciones que se determine para el sector público o los que en el futuro los reemplacen”. Dichos estudios y evaluaciones se realizarán de acuerdo con criterios de efectividad, eficiencia, equidad y teniendo en cuenta su valorización ética, económica y social.”*

La concepción de la “canasta básica” tiene un fracasado antecedente en el documento del Banco Mundial en 1993 “Invertir en Salud”, donde se critica el gasto inefectivo en salud y se propone la adopción de paquetes de medidas de salud pública y atención médica básica para los países en desarrollo. Los sistemas gerenciados, los pagos de bolsillos en hospitales, eran otras propuestas del Banco. Todas estas estrategias que fueron aplicadas en los 90 en varios países del mundo, han demostrado su inefectividad e incluso una gran capacidad de daño, ya que en lo concreto las canastas básicas fueron restrictivas para prácticas médicas de probada efectividad y el gerenciamiento de los servicios se basó en la subprestación para aumentar los márgenes de ganancia. Por ello pensamos que esta “canasta básica” de la CUS tiende a excluir prácticas de salud que hoy se efectúan con buenos resultados, limitando

2 Disponible en: [www.senado.gov.ar/parlamentario/parlamentaria/378496/downloadPdf](http://www.senado.gov.ar/parlamentario/parlamentaria/378496/downloadPdf)  
CMSCB.DCLE.RE.21 - Rev.00  
Fecha: 12/11/14

derechos y tendiendo a la judicialización de la salud, como se observa algunos países con este sistema<sup>3</sup>. Además, la fijación de servicios básicos implica una política de focalización, opuesta al criterio de universalidad que se proclama en el discurso sobre la CUS. Los usuarios de los hospitales públicos son mayoritariamente aquellos que no cuentan con obra social o prepaga, por lo cual se está definiendo una subpoblación que contará con una cobertura "básica", esto es, limitada e insuficiente.

En el artículo 4 se expresan las funciones de la AGNET, entre las que se encuentra en el punto 4 la siguiente, que se cita textualmente:

*"Analizar y evaluar el impacto económico y social de la incorporación de las tecnologías sanitarias a la cobertura obligatoria."*

Entendemos que lo expresado hasta aquí constituye el eje crítico principal al proyecto de ley de AGNET. No obstante existen otras consideraciones importantes que se refieren a la superposición de funciones con otros organismos del Estado como la ANMAT y el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM). Respecto de la ANMAT, citamos textualmente una referencia a la misma que consta en el proyecto de ley:

*"La AGNET se expedirá con posterioridad a la ANMAT en los casos cuya aprobación fuera de incumbencia de dicha administración".*

Las funciones de la ANMAT de las que se transcriben algunas<sup>4</sup> a continuación, tienen íntima relación con la evaluación de productos medicinales y de biotecnología médica, dos de los ítems más importantes que contempla evaluar la AGNET.

- Autorizar y registrar la elaboración y comercialización de especialidades medicinales, productos para diagnóstico y cosméticos, así como su actualización y modificaciones.

3 Puede mencionarse a Colombia como uno de ellos.

4 Extraídas de la web de ANMAT.  
CMSCB.DCLE.RE.21 - Rev.00  
Fecha: 12/11/14

- Controlar la composición, calidad, eficacia e inocuidad de los productos de su competencia.
- Autorizar dispositivos de uso médico, materiales y equipos de uso en medicina humana.
- Vigilar los efectos indeseables, falta de eficacia y calidad de los productos de su incumbencia, mediante el desarrollo de redes de información que reúnen las notificaciones que realizan profesionales, instituciones y usuarios, a través de los Sistemas Nacionales de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia y Vigilancia Alimentaria.

Consideramos en ese sentido que una ampliación de los recursos y funciones de la ANMAT para abarcar mas funciones de evaluación en general y sobre tratamientos médicos en particular, hubiera sido suficiente para cumplir con las funciones de la AGNET evitando la creación de organismos adicionales que sobredimensionen el Estado nacional de manera innecesaria.

Por su parte, la aplicación del PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA según lo establece el Decreto 1424 de 1997 es la siguiente<sup>5</sup>:

*"... será de aplicación obligatoria en todos los establecimientos nacionales de salud, en el SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, en el SISTEMA NACIONAL DE OBRAS SOCIALES, en el INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS (INSSJP), en los establecimientos incorporados al REGISTRO NACIONAL DE HOSPITALES PUBLICOS DE GESTION DESCENTRALIZADA, así como en los establecimientos dependientes de las distintas Jurisdicciones provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las entidades del Sector Salud que adhieran al mismo...."*

Este programa viene realizando evaluaciones equivalentes a las que se proyectan para la AGNET desde el año 2009, en virtud de la Resolución 458/2009 del Ministerio de Salud, que establece la creación de la UNIDAD COORDINADORA DE EVALUACION Y EJECUCION DE TECNOLOGIAS EN SALUD integrada por ANMAT, INCUCAI, PAMI y otras entidades que suman información y experiencia. Adicionalmente efectúa reuniones con entes de evaluación de tecnología de algunas provincias con el fin de intercambiar

<sup>5</sup> Disponible en : <http://servicios.infoleg.eob.ar/infolegInternet/anexos/45000-49999/48122/norma.htm>



información y avanzar en el objetivo. Sin embargo, no es mencionado esta experiencia y conocimiento en el proyecto de ley de la AGNET.

La política que orienta la AGNET parece desconocer la ANMAT y el PNGCAM, por lo cual genera sospecha que se trata prioritariamente de una estrategia de limitación de prácticas médicas y reducción de gastos, sin tener en cuenta las necesidades de salud de la población, que por otra parte no son mencionadas en el proyecto de ley. Conceptos como regionalización, problemas de salud propias de ciertas provincias, necesidades heterogéneas vinculadas a las distintas situaciones sociales de algunas de ellas, no son tenidas en cuenta por esta política. Finalmente, el modo en que se define su directorio en el art 9, da cuenta de una concentración de las decisiones en pocas personas seleccionadas por la presidencia de la nación.

*“Cinco miembros de probada idoneidad en la materia y de reconocido prestigio profesional designados por el Poder Ejecutivo Nacional”*

Entonces, como elementos críticos al proyecto de la AGNET señalamos:

- Reedición de la estrategia de canasta básica, que ha demostrado su fracaso en los 90.
- No consideración de la experiencia acumulada en la ANMAT y en el PNGCAM.
- Concentración de las decisiones en un órgano directivo formado por seis personas designadas por el presidente de la Nación. Consecuente falta de participación de las provincias.

### 3.- Algunos efectos concretos de la CUS en nuestro país a solo 9 meses de su implementación

Aun antes que se hayan constituido los instrumentos de implementación de la CUS que fija el DNU 908/16 y antes de que la AGNET se apruebe como ley, ya surgen elementos concretos en las políticas de salud del Ministerio nacional que nos orientan sobre la realidad de la CUS, más allá de sus componentes discursivos.

Remediar, un programa que con crédito del BID se ejecutaba desde 2002, cesó en sus funciones a partir de enero de 2017. Este programa se creó en el marco de una emergencia

social en febrero del 2002 durante el gobierno de Eduardo Duhalde, que reestructura créditos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) derivando recursos para garantizar el acceso gratuito de medicamentos ambulatorios a la población por debajo de la línea de pobreza y sin seguridad social. La provisión de medicamentos esenciales ambulatorios se efectuaba a través del suministro de botiquines a los Centros de Salud de todo el país. La estimación oficial es que este programa cubría una demanda superior al 70% de enfermedades por las que se consultan en la Atención Primaria de Salud (APS).

Debido a que el programa no ha sido reemplazado por otro similar, el impacto de esta medida en la salud poblacional es aún indefinido pero seguramente de gran envergadura. El ministro Lemus ha reconocido el desmantelamiento del programa Remediar en una entrevista periodística, en la que refiere que el Estado nacional distribuirá medicamentos esenciales en algunas provincias<sup>6</sup>. Numerosas entidades del sector han manifestado su preocupación sobre un riesgo de emergencia sanitaria a corto plazo, al menos para un sector de la población. También distintas instancias de gobiernos provinciales y del legislativo nacional han expresado su preocupación al respecto<sup>7</sup>.

El fin del Programa Remediar que supo funcionar durante catorce años, con tres presidentes distintos y otros tantos ministros de salud, es una clara señal que la política de la CUS tiene una impronta restrictiva para el acceso a los servicios médicos.

#### 4.- El sistema vigente y sus necesidades reales

Habitualmente se dice que hay un sector de la población argentina sin cobertura de salud, que se estima en aproximadamente 36%, es decir alrededor de 15,7 millones de

<sup>6</sup> <http://www.perfil.com/ciencia/en-2017-va-ya-a-estar-funcionando-la-nueva-cobertura-universal.phtml>

<sup>7</sup> <http://www.diariocontexto.com.ar/2017/03/03/macri-pone-fin-al-programa-remediar-otro-golpe-en-el-acceso-a-la-salud-de-millones-de-ciudadanos/>

<https://www.pagina12.com.ar/21361-gollan-discontinuar-el-plan-remediar-es-inhumano>

<http://www.politicargentina.com/notas/201702/19470-preocupacion-ante-el-freno-del-programa-nacional-de-provision-gratuita-de-remedios.html>

[http://www.ellitoral.com/index.php/id\\_um/143806-nacion-elimina-el-plan-remediar-y-santa-fe-busca-alternativas-la-decision-del-gobierno-nacional-impactara-mas-en-otras-provincias.html](http://www.ellitoral.com/index.php/id_um/143806-nacion-elimina-el-plan-remediar-y-santa-fe-busca-alternativas-la-decision-del-gobierno-nacional-impactara-mas-en-otras-provincias.html)

<http://diariopulse.com/el-gobierno-elimina-el-plan-remediar-de-medicamentos-gratuitos/27223>

<http://www.periodismo365.com/2017/02/grave-confirman-que-el-plan-remediar.html>

compatriotas. No obstante la afirmación es falsa, ya que el subsector público de salud, aunque con capacidades disímiles en las distintas jurisdicciones, cubre todo el país garantizando el derecho a la salud. Esta cobertura se encuentra legalmente sustentada en la Constitución Nacional que, sancionada en 1994, en su artículo 75, inciso 22, aprueba la inclusión con rango constitucional de tratados internacionales, entre ellos la "Declaración Universal de Derechos Humanos"<sup>8</sup> que en su artículo 25 expresamente indica:

*"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad."*

Además estos principios concuerdan plenamente con las bases fundacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que en su documento constituyente<sup>9</sup> proclama en los artículos 2 y 7 y 9 respectivamente:

*"El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social"*.

*"La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud"*.

*"Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas"*.

8 ONU. Declaración de Derechos Humanos. Disponible en: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights>

9 OMS. Principios. Disponible en: <http://www.who.int/about/mission/es>

Como se ve, no existe en estas definiciones fundacionales de la OMS la idea de las prestaciones básicas y se destaca la mención al grado máximo de salud que se pueda lograr con los conocimientos técnicos existentes.

Por otra parte, aunque la población usuaria del Sector Público en líneas generales es la no afiliada a obras sociales o prepagas, también otros sectores buscan respuestas allí. Ya sea porque en muchos rincones del país éste es el único efector disponible o bien porque se considera que en el ámbito público se obtiene mejor respuesta. Un ejemplo contundente es el porcentaje de partos: más del 50% se realizan en sector público. Otro ejemplo son las emergencias; en este caso claramente concurren dos circunstancias: disponibilidad y calidad o seguridad en la atención. Los servicios de atención permanente en Argentina están garantizados por el sector público, pero además la pauta cultural más aceptada en la población es que ante una urgencia o emergencia el mejor lugar para atenderse es el hospital. En muchas provincias la situación es de cuasi exclusividad por parte del sector público fuera del radio de las áreas metropolitanas, donde también la oferta de asistencia para la emergencia por parte del sector privada es francamente exigua.

Todos estos datos llevan a concluir que ya existe cobertura universal formalizada jurídica y legalmente en la Carta Magna y efectivamente puesta en acción en la amplia red de efectores públicos. Una red abierta y disponible para la atención de quien requiera atención sin discriminación, lo cual afirma la necesidad del fortalecimiento de esta red pública para que alcance niveles óptimos, más que el establecimiento de una mayor segmentación a la ya existente, a través de una canasta básica de prestaciones. Infraestructura, equipamiento, comunicaciones y especialmente trabajadores y trabajadoras de salud en número y con formación suficiente y una mirada amplia sobre la salud, son algunos de los aspectos a ser mejorados.

La estrategia o como gusta expresar la actual conducción sanitaria nacional, la "política sustantiva" de la CUS tal como el Ministerio nacional la concibe, colisiona con las ideas de quienes creemos que hace falta afianzar sistemas universales de salud que aseguren equidad, integralidad y gratuidad, para el ejercicio pleno de un derecho ciudadano garantizado por el Estado, tal como manda nuestra Constitución Nacional y Provincial.

Por las razones antes expuestas, y conociendo las atribuciones del Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro, se solicita comunique a este Concejo sobre:


- Sobre la adhesión de nuestra Provincia a la CUS:
  1. ¿Cuáles son las razones por las que se decidió que la provincia acompañe esta iniciativa sanitaria?
  2. ¿Qué instancias de consulta e intercambio de opiniones se ejecutaron con distintos actores del sector salud de la provincia sobre ésta “política sustantiva” de la cartera nacional?
  3. ¿Fue informada la legislatura provincial y se solicitó su evaluación por la Comisión de Salud de ese organismo?
  4. ¿Qué documentos de análisis se han considerado a la hora de decidir acompañar esta iniciativa?
  
- Acerca de la vinculación de la CUS a una “canasta básica de prestaciones”:
  1. ¿Acuerda el Sr. Ministro de Salud con la implementación de una canasta básica de prestaciones?
  2. ¿Cómo se compondría esa canasta básica para nuestra provincia, qué instancia la definiría y mediante qué metodología?
  3. ¿Qué prestaciones actualmente vigentes en la oferta prestacional de la provincia quedarían excluidas o restringidas?
  4. ¿Qué riesgos entiende Ud. que puede entrañar la implementación de este programa y en tal caso, cómo se piensa neutralizarlos?
  
- Respecto del financiamiento de la CUS
  1. ¿Entiende como suficiente los \$ 8.000 millones que se prevén como único financiamiento específico para la CUS en el país? ¿Cuál es la cuota que corresponde la provincia y en base a qué criterios se define?
  2. ¿De qué manera participaría la provincia en las decisiones relacionadas con el uso de esos fondos?
  3. ¿Cuál es el costo de implementación anual de esta iniciativa en nuestra Provincia?
  4. ¿Concuerda el Sr. Ministro con emplear fondos del Sistema Nacional de Obras Sociales (SNOS) para esta finalidad?

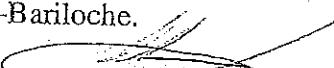
- Referente al convenio firmado

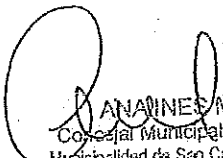
- Solicitamos se proporcione a quien suscribe el contenido completo del convenio sobre la CUS suscripto entre el Ministerio de Salud nacional y la instancia provincial correspondiente, sus anexos, adendas y demás instrumentos relacionados.
- Requerimos que se publique el citado convenio en la página web oficial del ministerio de salud de la provincia, a fin de que la comunidad tenga acceso al mismo.

AUTOR/A: Daniel Natapof, Ana Marks, Ramón Chioconi (Bloque FpV)

COLABORADOR: CTA-Bariloche.

  
DANIEL NATAPOF  
Concejal Municipal - Bloque FPV  
Municipalidad de San Carlos de Bariloche

  
RAMÓN CHIOCONI  
Concejal Municipal - Bloque FPV  
Municipalidad de San Carlos de Bariloche

  
ANANES MARKS  
Concejal Municipal - Bloque FPV  
Municipalidad de San Carlos de Bariloche

El proyecto original N° /, con las modificaciones introducidas, fue aprobado en la sesión del día de de 2015, según consta en el Acta N° /15. Por ello, en ejercicio de las atribuciones que le otorga el Art. 38 de la Carta Orgánica Municipal,

EL CONCEJO MUNICIPAL DE SAN CARLOS DE BARILOCHE  
SANCIONA CON CARÁCTER DE

COMUNICACIÓN

Art. 1º) Se solicita al Ministro de Salud Provincial, Lic. Fabian Zgaib, comunique al Concejo Deliberante de Bariloche:

- Sobre la adhesión de nuestra Provincia a la CUS:
  - ¿Cuáles son las razones por las que se decidió que la provincia acompañe esta iniciativa sanitaria?
  - ¿Qué instancias de consulta e intercambio de opiniones se ejecutaron con distintos actores del sector salud de la provincia sobre ésta "política sustantiva" de la cartera nacional?
  - ¿Fue informada la legislatura provincial y se solicitó su evaluación por la Comisión de Salud de ese organismo?
  - ¿Qué documentos de análisis se han considerado a la hora de decidir

acompañar esta iniciativa?

- Acerca de la vinculación de la CUS a una “canasta básica de prestaciones”:
  5. ¿Acuerda el Sr. Ministro de Salud con la implementación de una canasta básica de prestaciones?
  6. ¿Cómo se compondría esa canasta básica para nuestra provincia, qué instancia la definiría y mediante qué metodología?
  7. ¿Qué prestaciones actualmente vigentes en la oferta prestacional de la provincia quedarían excluidas o restringidas?
  8. ¿Qué riesgos entiende Ud. que puede entrañar la implementación de este programa y en tal caso, cómo se piensa neutralizarlos?
  
- Respecto del financiamiento de la CUS
  5. ¿Entiende como suficiente los \$ 8.000 millones que se prevén como único financiamiento específico para la CUS en el país? ¿Cuál es la cuota que corresponde la provincia y en base a qué criterios se define?
  6. ¿De qué manera participaría la provincia en las decisiones relacionadas con el uso de esos fondos?
  7. ¿Cuál es el costo de implementación anual de esta iniciativa en nuestra Provincia?
  8. ¿Concuerda el Sr. Ministro con emplear fondos del Sistema Nacional de Obras Sociales (SNOS) para esta finalidad?
  
- Referente al convenio firmado
  1. Solicitamos se proporcione a quien suscribe el contenido completo del convenio sobre la CUS suscripto entre el Ministerio de Salud nacional y la instancia provincial correspondiente, sus anexos, adendas y demás instrumentos relacionados.
  2. Requerimos que se publique el citado convenio en la página web oficial

DCLE

COMUNICACIÓN

Concejo Municipal  
Municipalidad de San Carlos de Bariloche

Donar órganos, tejidos y sangre, es  
donar vida (Ordenanza 1421-CM-2004)

del ministerio de salud de la provincia, a fin de que la comunidad tenga  
acceso al mismo.

Art. 2º) Comuníquese. Dése a publicidad. Tómese razón. Cumplido, archívese.