

“2017 - año de las energías Renovables”

"2015 Año del Bicentenario del Congreso de los Pueblos Libres"



H. Cámara de Diputados de la Nación

PROYECTO DE LEY

El Honorable Senado de la Nación y la Honorable Cámara de Diputados de la Nación sancionan con fuerza de...

LEY:

ARTÍCULO 1°: Declárese la emergencia en el acceso a los medicamentos esenciales por parte de las personas mayores en todo el territorio nacional por un plazo de dos (2) años.

ARTICULO 2°: Declárese de interés público el acceso a los medicamentos esenciales de todas las personas mayores de la República Argentina.

ARTÍCULO 3°: A los fines de la presente Ley se entiende por personas mayores a todas aquellas que tienen sesenta (60) años de edad o más.

ARTICULO 4°: A los fines de la presente Ley se entiende por medicamentos esenciales a toda preparación o producto farmacéutico empleado para la prevención, diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o estado patológico que cubren las necesidades de atención de salud de las personas mayores.

ARTICULO 5°: La presente Ley tiene por objeto garantizar la provisión y el acceso gratuito a los medicamentos esenciales que necesitan las personas mayores que se asisten en los servicios públicos de salud de todo el país y/o a través del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI).

ARTICULO 6°: Los objetivos de la presente Ley son los siguientes:

- a) Garantizar la cobertura, promover la equidad y mejorar las condiciones de salud de las personas mayores facilitando el acceso gratuito a los medicamentos esenciales
- b) Garantizar la disponibilidad y provisión de medicamentos esenciales a las personas mayores en todos los centros públicos de salud del país
- c) Promover el acceso y utilización de los medicamentos por su nombre genérico entre las personas mayores



H. Cámara de Diputados de la Nación

- 1) Promover el uso racional de los medicamentos en las personas mayores

ARTICULO 7°: La autoridad de aplicación será establecida por el Poder Ejecutivo Nacional.

ARTICULO 8°: La autoridad de aplicación de la presente Ley tendrá las siguientes funciones y facultades:

- a) Establecer la lista de medicamentos esenciales para personas mayores que serán provistos de forma gratuita en todo el país. Su selección debe hacerse atendiendo a la prevalencia de las enfermedades en la población de las personas mayores y a su seguridad, eficacia y costo eficacia comparativa
- b) Proveer a todos los centros públicos de salud del país de botiquines con medicamentos esenciales para el tratamiento de los problemas de salud más prevalentes entre las personas mayores
- c) Evitar el desabastecimiento de medicamentos esenciales a través del uso de todas las herramientas e instrumentos con los que cuenta el Estado para salvaguardar el derecho a la salud de las personas mayores del país
- d) Promover la producción pública de los medicamentos esenciales para las personas mayores a través de la red de laboratorios de producción pública registrados en la Agencia Nacional de Laboratorios de Producción Pública, en el marco de las leyes 26.688 y 27.113
- e) Realizar compras centralizadas de medicamentos esenciales para personas mayores y garantizar su distribución de manera sostenida y segura a todos los centros públicos de salud del país
- f) Realizar auditorías periódicas en cada centro público de salud que reciba los medicamentos para evaluar el correcto funcionamiento y el acceso gratuito de los medicamentos a las personas mayores
- g) Promover el acceso y uso equitativo en medicamentos nuevos que demuestren ser eficaces para las personas mayores

ARTICULO 9°: Facultase al Poder Ejecutivo Nacional, o a quien este delegue, a establecer la reasignación presupuestaria necesaria a fin de afrontar los gastos que demande el

“2017 - año de las energías Renovables”

"2015 Año del Bicentenario del Congreso de los Pueblos Libres"



H. Cámara de Diputados de la Nación

cumplimiento de la presente ley.

ARTICULO 10°: La autoridad de aplicación deberá promover la adquisición de medicamentos a laboratorios de producción pública y/o de producción nacional en el marco de la ley 25.551. Dichos laboratorios deberán contar con plantas elaboradoras habilitadas por la autoridad sanitaria local y elaborar los productos cumplimentando las normas de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM OMS 2003 o la Disp. 2819/04); también deberá presentar constancia de libre sanción respecto a los productos ofertado. Sólo se deben adquirir medicamentos por su denominación común internacional que figuren en el Registro de Especialidades Medicinales (REM), con certificado o registro sanitario vigente, y en presentaciones que conforme tratamientos completos.

ARTICULO 11°: La autoridad de aplicación deberá definir la inclusión de nuevos puntos de distribución de acuerdo a las necesidades locales de acceso a los medicamentos, atendiendo a las particularidades de cada región y a las características de la población de personas mayores.

ARTICULO 12°: Facúltese al Poder Ejecutivo Nacional, o a la autoridad a quien éste delegue, a dictar las normas complementarias, aclaratorias y de aplicación de la presente Ley.

ARTICULO 13°: Comuníquese al Poder Ejecutivo Nacional.



H. Cámara de Diputados de la Nación

FUNDAMENTOS

Señor Presidente:

Dos razones fundamentales motivan la presentación de este proyecto de Ley. Primero, la decisión del Gobierno Nacional reformar PAMI con el objeto de recortar los beneficios con los que contaban sus afiliados y afiliadas (lo que se sumó al cuestionable desmantelamiento del programa REMEDIAR). Segundo, la pérdida de la capacidad adquisitiva de las jubilaciones y pensiones como resultado de un acelerado proceso inflacionario que afecta particularmente a los rubros de alimentos, servicios y farmacia. Respecto al primer punto, conviene recorrer algunos datos que lanza el último informe sobre PAMI de la Fundación Soberanía Sanitaria.

A partir de la resolución 395/17 publicada el 5 de abril de 2017, los montos fijados por el organismo para la cápita están, en muchos casos, por debajo de los costos que los proveedores tienen que afrontar para garantizar la prestación. De esta forma se estimula una disminución de los prestadores disponibles y de los servicios que brindan, ya que muchos de ellos no pueden solventar los servicios brindados sin que el valor de costo esté, como mínimo, cubierto. Además, los prestadores que permanecen en la cartilla terminan desarrollando estrategias que llevan a la reducción de prestaciones de servicios: la restricción de horarios de atención, la implementación de atención con turno donde antes era libre demanda y el recorte de algunas prestaciones brindadas como radiografías, ecografías y análisis de laboratorio.

Las consecuencias que estos cambios acarrearán para los afiliados de PAMI son la disminución del acceso y de la calidad de los servicios. Esto se ve reflejado en la dificultad en la obtención de turnos, el desgaste de los pacientes y el aumento de gasto de bolsillo en el sector privado.

Mediante la Disposición Conjunta 0005-17,3 el PAMI ha condicionado la cobertura del 100% en medicamentos restringiéndola a quienes cobren menos de un haber y medio (\$8.500), no posean más de un inmueble, ni un vehículo con menos de 10 años de antigüedad y no estén afiliados a una empresa de medicina prepaga. Según estimaciones del Defensor de la Tercera Edad, este recorte lo están sufriendo 1,6 millones de jubilados y jubiladas.

También se redujo la cobertura máxima de diez medicamentos a cuatro. Además, los



H. Cámara de Diputados de la Nación

medicamentos combinados (que poseen más de un principio activo) dejaron de ser contabilizados como uno. De esta forma los medicamentos que combinan, por ejemplo, enalapril e hidroclorotiazida en una misma presentación para el tratamiento de la hipertensión arterial crónica, ya no son contabilizados como uno sino como dos, lo que reduce aún más el acceso al beneficio de cobertura al 100%.

El listado de medicamentos cubiertos al 100% también fue disminuido, quitando más de 160 principios activos que eran los más utilizados por esta población, como antiartrósicos, precursores nutricionales, preventivos del deterioro cognitivo, flebotróficos y antibióticos. Medicamentos que precisamente aumentan su uso en las personas mayores de 60 años.

La mal llamada Ley de “reparación histórica” aumentó las jubilaciones hasta \$1500, pero con las nuevas condiciones de acceso a cobertura de medicamentos, muchos jubilados y jubiladas que antes cobraban menos de un haber y medio, pasaron a estar por encima de ese tope por lo que ya no podrán acceder a medicamentos gratuitos generando un gasto de bolsillo muchas veces superior al monto de la “reparación”. Esta situación es aún más grave si tenemos en cuenta el aumento de precios de los medicamentos por la falta de control por parte del Estado.

En paralelo, se redujo la cobertura en relación a la cantidad de cajas de medicamentos entregadas, que no tenía restricciones hasta la fecha. Actualmente, la cobertura máxima que otorga el PAMI es de sólo dos cajas por medicamento, exceptuando oncológicos, medicación para diabetes y antibióticos, lo que se vuelve un imprevisto de gravedad para los fármacos con presentaciones chicas. Por ejemplo, existe medicaciones para la epilepsia que sólo vienen en presentaciones de 30 comprimidos y el paciente requiere un tratamiento de 90 comprimidos mensuales, por lo que con el recorte en la cobertura realizado no alcanzará para un tratamiento completo cubierto por PAMI. En estos casos es necesario hacer un trámite por “vía de excepción” firmado por un especialista del área que lo acredite. Esto representa una barrera para el acceso a la salud que puede llevar a que muchos jubilados y jubiladas tengan que abonar las cajas “extras” al verse en la necesidad de evitar el engorroso trámite por la demora que conlleva.

También se modificó el circuito de autorización de medicamentos para enfermedades crónicas como VIH, cáncer, hemofilia, trasplantes. El nuevo circuito determinó que las autorizaciones para este tipo de medicamentos se realicen en las delegaciones o Unidades



H. Cámara de Diputados de la Nación

de Gestión Local (UGL) de PAMI en cada jurisdicción (38 en total en todo el país), en lugar de hacerlo en las 12 mil farmacias distribuidas en todo el país.

Desde 2003, los medicamentos se autorizaban en la farmacia más cercana al domicilio del o la paciente, evitando que se tuviera que trasladar o hacer más trámites de los necesarios. La farmacia se ocupaba de realizar por vía electrónica el trámite de autorización y el pedido de medicación que se entregaba al afiliado en 48 horas. Este cambio generó que todos los jubilados deban presentar nuevamente la documentación médica respaldatoria de los problemas de salud que padecen en las UGL de PAMI para iniciar el trámite de autorización generando demoras de más de 2 meses en la entrega de los medicamentos.

Los insumos para diabéticos también se han visto afectados. Para los que tienen un tratamiento intensificado (insulina basal más insulina de acción rápida) se restringe el beneficio a 200 agujas anuales, 200 jeringas anuales, 200 lancetas anuales y 50 tiras reactivas anuales. Se estima que una persona diabética necesita unas 50 tiras reactivas al mes, es decir unas 600 anuales. Muy por debajo de las 50 que le son garantizadas por PAMI en la actualidad. Las 550 lancetas que PAMI deja de cubrir deberán ser abonadas en forma particular, y en caso de no poder comprarlas los jubilados se verán en la obligación de suspender los controles de glucemia, claves para el adecuado manejo de la diabetes.

Recientemente, PAMI notificó por carta documento a los laboratorios que rescinde el contrato firmado hace sólo tres meses por la gestión de Carlos Regazzoni, siendo esta la cuarta vez en 16 meses que se negocia este contrato con las Cámaras de la Industria Farmacéutica. El acuerdo había logrado pagar un 28% menos por los medicamentos mensuales, manteniendo la misma cantidad. La industria farmacéutica no aceptó la rescisión del convenio y exige saldar la deuda de \$952 millones, contando para eso con un gran poder extorsivo, que recae nuevamente sobre los jubilados y jubiladas, amenazando la provisión de medicamentos con descuento.

Por otro lado, a causa de la deuda que PAMI tiene con las ópticas, se ha dejado de proveer los anteojos a los afiliados. De momento, no hay ninguna certeza acerca de si esta situación será revertida en el corto plazo o si la prestación será excluida definitivamente de la cobertura.

Estas restricciones en la cobertura de medicamentos y tratamientos, redundan en un aumento del gasto de bolsillo de la población de personas mayores y/o en la suspensión de

“2017 - año de las energías Renovables”

“2015 Año del Bicentenario del Congreso de los Pueblos Libres”



H. Cámara de Diputados de la Nación

los tratamientos con el consecuente perjuicio para su salud.

Durante los últimos años, gracias a las políticas públicas de acceso a medicamentos, se había logrado reducir la incidencia del gasto de bolsillo en medicamentos de un 65% a un 52%, de 2003 a 2014. El ajuste realizado en el PAMI, junto con el recorte del programa REMEDIAR, vuelve a poner a las poblaciones más vulneradas en situación de riesgo por no poder acceder a los medicamentos que necesitan. Una vez más también, la beneficiada con esta medida será la industria farmacéutica, dado que al tratarse de una demanda inelástica es de esperar que las dificultades en el acceso de la población no se correspondan con una disminución en sus ganancias.

Pero además de los cambios en los modelos prestacionales y de los recortes en medicamentos y tratamientos, se viene produciendo un viraje en los modelos de atención que el organismo prioriza. Se ha eliminado el programa HADOB, puesto en marcha en 2008 con el objetivo prevenir algunas de las enfermedades más recurrentes entre las personas mayores: la Hipertensión Arterial, la Diabetes y la Obesidad (de ahí su nombre) y que consistía en comprometer al médico de cabecera en el diagnóstico y seguimiento de estas enfermedades, en la inclusión de los afiliados en clases de auto cuidado para prevenir cada una de las enfermedades y en el ofrecimiento de actividades en las distintas agencias y centros de atención de PAMI en todo el país, destinadas a la prevención. El programa permitía incluir a las personas mayores en actividades socio-culturales que mejoraran su calidad de vida. Con el cierre de HADOB, se descarta el componente de prevención y promoción de la salud y se orienta la cobertura hacia la provisión de prestaciones meramente asistenciales.

Por otro lado, a fines de 2016, la resolución 18.955 modificó el modelo de remuneración capitado a los médicos de cabecera y se pasó a un modelo de pago de honorarios mixto, por cápita y por paciente atendido, estableciéndose una cápita máxima de 700 pacientes por médico/a. Esta modificación implicó que todos los contratos fueran rescindidos por carta documento en la última semana de octubre, instando a firmar el nuevo modelo contractual y quedando automáticamente desvinculados del instituto quienes no firmaran. La modificación en los ingresos de los médicos de cabecera llevó a que muchos dejen de ser prestadores, reduciéndose así el número total de profesionales en cartilla, aumentando la demora en los turnos, generando nuevas trabas en el acceso y perdiéndose el vínculo de



H. Cámara de Diputados de la Nación

confianza establecido entre el profesional y el afiliado.

La falta de asignación de recursos presupuestarios para los servicios que se prestan a los y las jubiladas contrasta con la modificación del organigrama realizada en 2016 para incorporar funcionarios con salarios jerárquicos. Se crearon 351 cargos nuevos, gran parte de ellos con sueldos de más de 160 mil pesos mensuales.

Aún más, cabe destacar que el PAMI aumentó su presupuesto en un 41,40% para 2017 (comparando los montos totales de \$82.365 millones para el año 2016 y de \$116.467 millones para 2017, como lo muestra la Resolución 0001-20166 y 0001-20177). Sin embargo, en la distribución de dicho presupuesto se observa, por ejemplo, un incremento de 262% en los gastos de “Publicidad y Redes Sociales” y una reducción del porcentaje del presupuesto destinado a las prestaciones sociales que pasó del 19% en 2016 al 8% en 2017. Asimismo, en el presupuesto de este año se prevé un incremento de la litigiosidad (gastos por juicios al PAMI) por lo cual se destinan \$96 millones de pesos para dar respuesta a “amparos judiciales”, previendo que la disminución efectiva en las prestaciones brindadas generará inicio de juicios para obtenerlas.

En cuanto a las prestaciones de trasplantes, se reducirán a un 88% y las de cirugía de alta complejidad a un 76%. Además, se reducen todos los conceptos de insumos en efectores sanitarios propios, priorizando la tercerización de servicios en empresas privadas.

Por último, otro dato que cabe mencionar es que los ingresos del PAMI que provienen de la Seguridad Social han disminuido su peso relativo, cayendo de 76,6% al 73,5%, reflejando la pérdida de miles de puestos de trabajo registrado en el último año.

Hasta aquí la situación de PAMI. Pasemos ahora al segundo móvil del actual proyecto: la pérdida de la capacidad adquisitiva de las jubilaciones y pensiones. En este punto nos valdremos de los datos aportados por el Centro de Economía Política Argentina (CEPA).

El informe del CEPA “Estimación del poder adquisitivo de la jubilación mínima” analiza la evolución del poder adquisitivo de la jubilación mínima desde septiembre de 2014 hasta marzo de 2017. Para tal estimación, se ha utilizado el índice de precios minoristas de la Ciudad de Buenos Aires, estimando la inflación de los meses de febrero y marzo según el Relevamiento de Expectativas de Mercado del BCRA.

El último anuncio del aumento de la jubilación mínima lleva el monto de la misma a \$6.377,00. La evolución ha sido la siguiente:



H. Cámara de Diputados de la Nación

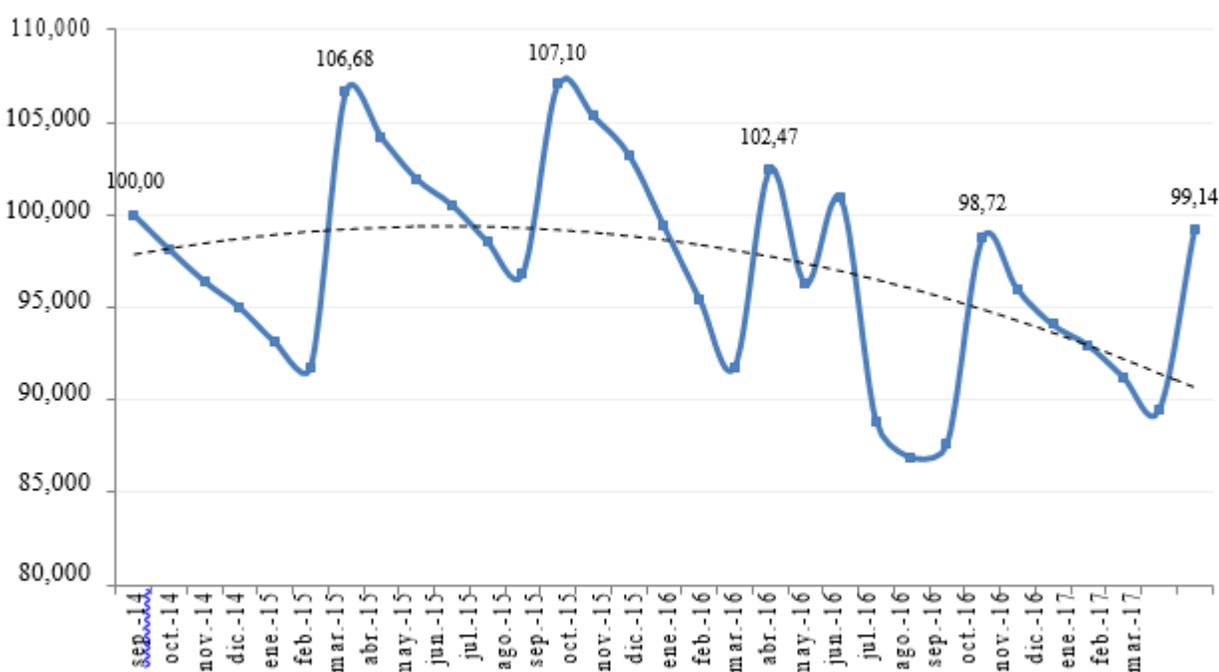
Cuadro N° 1 – Evolución de la Jubilación
Mínima Periodo 09/2014 a 03/2017

Fecha	Jubilación Mínima
sep-14	3.231,00
mar-15	3.821,00
sep-15	4.299,00
mar-16	4.958,00
sep-16	5.661,00
mar-17	6.377,00

Fuente: CEPA

Como puede notarse en el Gráfico N° 1, cada actualización de la jubilación mínima se traduce en un incremento del poder adquisitivo. Sin embargo, se percibe la tendencia negativa desde 2016 en adelante.

Gráfico N° 1 – Poder adquisitivo de la Jubilación Mínima, 09/2014 base 100



Fuente: CEPA en base a IPC CABA

Tomando septiembre de 2014 como base del índice (100), se observa que el poder adquisitivo de la jubilación mínima alcanza un pico máximo con el aumento de septiembre de 2015 (7,10% por encima del valor de septiembre de 2014). Como contracara, eso no se constata para 2016 en tanto los aumentos de marzo y septiembre de 2016 no logran continuar esta línea ascendente y, en efecto, se reduce en ambas instancias el poder adquisitivo respecto de los períodos anteriores (102,47 en marzo y 98,72 en septiembre,



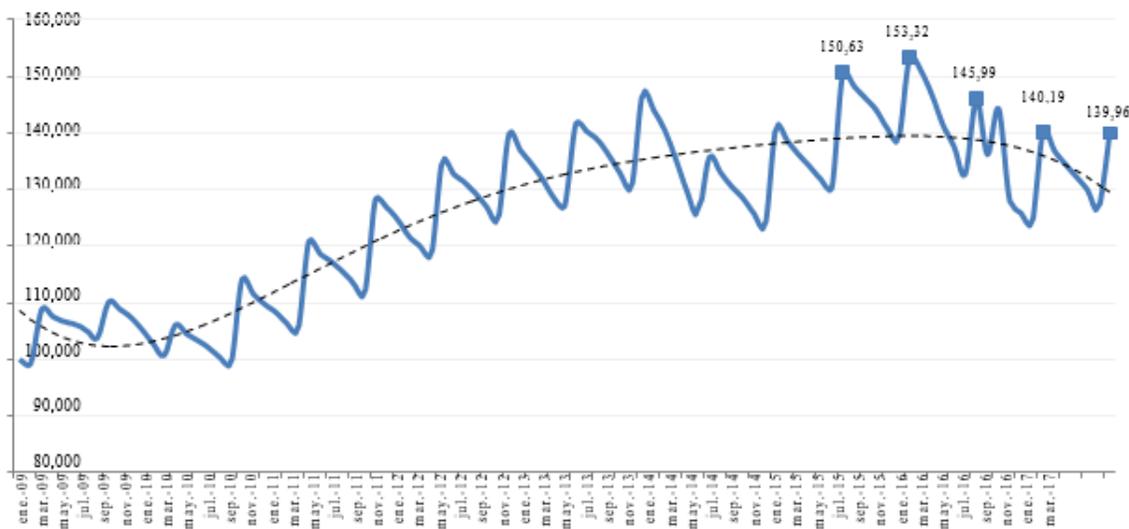
H. Cámara de Diputados de la Nación

como se visualiza en el Gráfico 1). Finalmente, se observa que, con el actual aumento, las jubilaciones no recuperan poder adquisitivo manteniéndose en valores reales similares a los estimados para el aumento de septiembre de 2016 (99,14).

Un cálculo sencillo permite estimar que la pérdida de poder adquisitivo desde el aumento de jubilación mínima de septiembre de 2015 al actual aumento es del orden del 7,43%. Del mismo modo que en la discusión del salario docente, en el mejor de los casos (si la inflación prevista por el Gobierno se cumple) los jubilados de la mínima no pierden poder adquisitivo, pero no recuperan nada de lo perdido a lo largo de 2016.

Si analizamos la serie más larga, utilizando para este ejercicio otro indicador de variación de precios (IPC Bein), se observa el mismo proceso: la pérdida de poder adquisitivo entre el aumento de septiembre de 2015 y el actual alcanza 8,71%.

Gráfico N° 2 – Poder adquisitivo de la Jubilación Mínima, 01/2009 base 100



Fuente: CEPA en base a IPC Bein

Como puede observarse, el Gobierno ha elegido a los jubilados y pensionados como una de sus tantas variables de ajuste. Y lo hace de la forma más perversa, recortando los beneficios para los afiliados y afiliadas de PAMI, a la vez que va bajando las jubilaciones y pensiones de hecho, es decir, en su capacidad de compra. Esto cobra particular gravedad en el caso de las personas mayores, ya que suelen destinar más de la mitad de sus ingresos en salud. Es en este contexto de crisis social creado por las políticas neoliberales de Cambiemos que se hace necesario y urgente avanzar en una Ley de emergencia que garantice el acceso a

“2017 - año de las energías Renovables”

“2015 Año del Bicentenario del Congreso de los Pueblos Libres”



H. Cámara de Diputados de la Nación

los medicamentos esenciales a todas las personas mayores de la República Argentina.

Por todo lo expuesto, solicito a mis pares su acompañamiento al presente proyecto de Ley.

Muchas gracias.