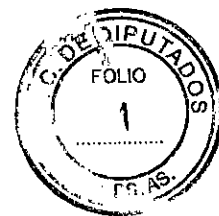




Provincia de Buenos Aires
Honorable Cámara de Diputados



PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados de la provincia de Buenos Aires
sancionan con fuerza de

LEY

ARTÍCULO 1º: Modificase lo establecido en el artículo 1º de la Ley 10820, en lo referente al Anexo I en que se definen los coeficientes de salud para la distribución secundaria de la Coparticipación de ingresos de la provincia de Buenos Aires.

ARTÍCULO 2º: Se establecen los siguientes coeficientes para la distribución secundaria del Régimen de Salud de la Coparticipación de ingresos de la provincia de Buenos Aires, establecidos en el inciso b. de la Ley 10752 y equivalentes al 37% (treinta y siete por ciento) entre las Municipalidades que posean establecimientos públicos, gratuitos y con acceso universal garantizado para la atención de la salud, ya sea con o sin internación.

- a. 20% (veinte por ciento) en proporción directa a la población con NBI (necesidades básicas insatisfechas).
- b. 20% (veinte por ciento) en proporción directa al número de camas municipales de agudos per cápita .
- c. 20% (veinte por ciento) en proporción directa al número de habitantes sin obra social según cada centro de atención primaria de la salud.
- d. 15% (quince por ciento) en proporción inversa al número de camas provinciales de agudos per cápita.
- e. 15% (quince por ciento) en proporción directa a la tasa de mortalidad perinatal del Municipio.
- f. 10% (diez por ciento) en proporción directa con el porcentaje de la población sin provisión de agua potable.

ARTÍCULO 3º: A los efectos de la aplicación del artículo 2º, la definición de cada parámetro será:

- a. Acceso universal garantizado para la atención de la salud: esto implica que los servicios de salud pública, con o sin internación, deberán proveer servicios que no requieran de pagos directos por parte de los usuarios, sin limitación en el acceso de ninguna índole (ni geográficos, culturales, económicos, sociales, entre otros).
- b. Población con NBI (necesidades básicas insatisfechas): cantidad de población de cada municipio que carece de la cobertura de necesidades básicas por lo que se la define en condiciones de pobreza estructural. Estas necesidades están vinculadas



con características de la vivienda, servicios de saneamiento, educación e ingresos y fue definido por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

- c. Camas municipales de agudos per cápita: cantidad de camas en establecimientos hospitalarios municipales de agudos (problemas nuevos o reagudizaciones de problemas crónicos de salud) en relación a la cantidad de población de cada municipio.
- d. Número de habitantes sin obra social según cada centro de atención primaria de la salud: cantidad de personas que habitan en cada municipio y carecen de cobertura de obra social en relación al número de centros de atención primaria de la salud (sin internación) radicados en el territorio municipal. Como este indicador se refiere en proporción directa, aquellos Municipios que tengan mayor cantidad de habitantes sin cobertura por centro de atención primaria de la salud, recibirán mayor ponderación.
- e. Camas provinciales de agudos per cápita: cantidad de camas en establecimientos hospitalarios provinciales de agudos (problemas nuevos o reagudizaciones de problemas crónicos de salud) en relación a la cantidad de población que habita cada uno de los territorios municipales.
- f. Tasa de mortalidad perinatal: cociente del número de defunciones fetales de 500 o más gramos de peso más las defunciones de los recién nacidos menores de 7 días de vida y la suma del número de defunciones fetales de 500 o más gramos de peso y el número de nacidos vivos ocurridos en cada municipio en el período de un año, multiplicado por 1000.
- g. Porcentaje de la población sin provisión de agua potable: proporción de los habitantes de un municipio que carecen de provisión de agua corriente y potabilizada domiciliaria por parte de un organismo regulador y proveedor de agua potable y cloacas que desarrolle sus actividades en la provincia de Buenos Aires.

ARTÍCULO 4°: La información a utilizar para la aplicación del artículo 2° de la presente ley será la última disponible al mes de septiembre del año anterior al que correspondan los prorrateadores respectivos y serán provistos por el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires a partir de la información procesada y provista por organismos nacionales, provinciales y municipales. Excepcionalmente y, por razones fundadas, se podrán computar variaciones que se operen hasta el día quince (15) de diciembre del citado año anterior.

ARTÍCULO 5°: El Ministerio de Salud de la provincia será responsable de controlar y auditar tanto la fuente como la producción de información para la elaboración de los diferentes coeficientes que dispone el presente marco normativo. Esta evaluación debe



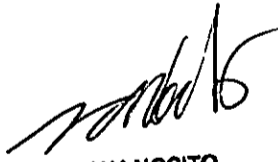
realizarse con una frecuencia de un tercio de la totalidad de los municipios bonaerenses por cuatrimestre.


ARTICULO 6º: Se crea la Comisión Especial de Seguimiento y Evaluación de la Coparticipación en Salud que estará conformada por 2 (dos) integrantes del Poder Ejecutivo y 8 (ocho) del Poder Legislativo. En este último caso la constituirán 1 (uno) miembro en representación de los 3 (tres) principales - teniendo en cuenta el número de Legisladores que los integran - Bloques existentes al momento de la conformación en la Legislatura Provincial y el Presidente de cada una de las Comisiones de Salud de cada Cámara Legislativa.

ARTICULO 7º: Será función de la Comisión Especial el monitoreo y evaluación de la equidad en las transferencias a cada uno de los Municipios de la Provincia de Buenos Aires y su efectiva inversión en acciones integrales de salud. Asimismo realizará el seguimiento de la implementación del mecanismo transitorio de compensación que se fija en el artículo 8º.

ARTICULO 8º: El Poder Ejecutivo dispondrá la implementación de un mecanismo transitorio de compensación de los desequilibrios financieros que pudiera generar en el sostenimiento de los sistemas de salud municipales la modificación de la Ley N° 10820. Este mecanismo tendrá un plazo de implementación no mayor de 5 (cinco) años a partir de la sanción de la presente ley, periodo en que los Municipios deberán acordar con el Poder Ejecutivo el detalle del financiamiento de sus sistemas locales de salud

ARTICULO 9º: Comuníquese al Poder Ejecutivo.


VIVIANA NOCITO
Diputada
Bloque Frente para la Victoria
H.C. Diputados Pcia. de Bs. As.


PROF. MARÍA DEL CARMEN PAN RIVAS
Diputada
Bloque Frente para la Victoria
H.C. Diputados de la Pcia. de Bs. As.



FUNDAMENTOS

El presente proyecto propone la modificación de la ley 10820. Este marco normativo dispone la aceptación de los coeficientes de salud utilizados para la distribución secundaria de la coparticipación de ingresos de la provincia de Buenos Aires. Esta norma data del año 1989 y define un modelo de financiamiento en salud que condiciona la implementación de un modelo de atención fuertemente orientado hacia el abordaje de la enfermedad, con un sesgo medicalizador y centrado en la atención hospitalaria.

En este sentido asigna originalmente un alto porcentaje (35%) de los recursos a la capacidad instalada de camas (número de camas disponibles y porcentaje ocupacional) con una ponderación por complejidad que condicionó que los municipios pugnasen no sólo por abrir nuevas camas de internación sino que estas fueran cada vez más complejas – desde un punto de vista de aparatología médica – llegando incluso a incorporar tecnología que no sólo era innecesaria para el nivel local sino también que difícilmente fuera posible utilizar en razón de la escala poblacional del distrito en el que se instalaban.

Este mensaje, enviado por el modelo de financiamiento, determinó que se profundicen inequidades respecto de la atención de la salud que – a la vez – fueron reafirmadas por la obtención de partidas cada vez más importantes en la distribución secundaria de la coparticipación.

No sólo el modelo de financiamiento se basó en la ponderación de complejidad en las camas, sino también que presentó superposiciones al asignar el 10 y el 20% a los egresos y al número de pacientes - día respectivamente. Nuevamente el cálculo de la distribución secundaria se refería a los servicios de internación, pero además establecía una superposición de criterios entre los tres coeficientes: número de camas disponibles, perfil de complejidad, porcentaje ocupacional, egresos y paciente - día.

Por otro lado, cuando se definió un coeficiente referido a la atención ambulatoria sólo se consideró el número de consultas; sin embargo sólo se tomaron en cuenta consultas médicas, cuando queda claro que el paradigma actual del proceso salud – enfermedad – atención – cuidado requiere de equipos inter o transdisciplinarios que incorporen a la comunidad. Paradójicamente, aquellos municipios que instituyeron modelos de atención coherentes con el paradigma actual, podrían haber recibido menor distribución secundaria que aquellos que establecieron sólo modelos médicos para la atención de la salud (o de la enfermedad exclusivamente), probadamente más ineficaces respecto de los inter o transdisciplinarios.



La ley 10820 sólo preveía la distribución de un 10% en “...*forma proporcional al número de establecimientos hospitalarios sin internación de cada partido.*” Podemos asumir que estos establecimientos eran los centros de atención primaria de la salud, una responsabilidad claramente municipal en la política sanitaria propuesta a nivel de la Provincia, sin embargo el modelo de financiamiento prácticamente no la contemplaba, sólo le reservaba un porcentaje marginal.

La modificación que presento resulta más adecuada al paradigma del proceso salud – enfermedad – atención – cuidados que asumen los organismos nacionales, provinciales y municipales así como los internacionales. Es unánime el consenso respecto que este proceso está socialmente determinado, por lo que aquellas acciones más efectivas para dar cuenta de él son las que privilegian el territorio, su complejidad y la participación de los ciudadanos en las prácticas sociales y sanitarias.

En este sentido, la Provincia, la Nación y los Municipios implementan acciones complejas, territoriales, multiactorales, intersectoriales e integrales para el abordaje de los problemas de salud de las poblaciones. Para ellas, el hospital como institución, resulta inadecuado por su lejanía habitual respecto de los entramados territoriales; es otra la organización necesaria, es el centro de atención primaria de la salud la institución estatal que resulta protagónica en el ámbito municipal, ya que le resulta mucho más fácil la interacción con otras organizaciones en busca de la intersectorialidad y la participación de los demás actores a fin de construir abordajes más efectivos e integrales.

Por lo tanto, la modificación propuesta a la ley 10820 enfatiza en que el modelo de financiamiento sea funcional al modelo de atención necesario para dar cuenta de las problemáticas sanitarias y sociales que actualmente interpelan a los municipios. Así propone que la distribución secundaria en salud refiera:

- A las condiciones de la población: sus características socioeconómicas a través del NBI y su condición de cobertura respecto de la salud, ambos condicionantes para la demanda en el sector público.
- Al número de camas de agudos per cápita: a fin de incluir el segundo nivel de atención pero contextualizado en un modelo de atención que integre los diferentes niveles de complejidad. En este punto se tiene en cuenta la relación directa entre las camas municipales (ya que cada Municipio invierte recursos en sostenerlas) así como la relación inversa respecto de las camas provinciales (ya que en ese caso la salud en el territorio municipal se ve favorecida por una inversión provincial).
- A la relación entre el número de habitantes sin cobertura social y la disponibilidad de centros de atención primaria de la salud: de manera que se promueva esta



modalidad de atención en aquellos municipios que aún no la han desarrollado. Cuanto mayor sea el número de habitantes sin cobertura social médica respecto de un centro de atención primaria de la salud, mayor será la dificultad de acceso de la población al sistema de salud.

- A la mortalidad perinatal: este indicador expresa las muertes de los fetos en las semanas previas al nacimiento y de los recién nacidos en la semana inmediatamente posterior a este evento vital. Así da cuenta de las acciones básicas de salud como el control prenatal, las acciones de salud sexual y reproductiva, de nutrición e inmunización en las embarazadas, etc. En este sentido se propone este como un indicador de acceso a los servicios de salud y cuidado de la población vulnerable a nivel local.
- Al acceso a la provisión de agua potable y corriente: a fin de dar cuenta del cuidado del medio ambiente y de la asunción de la salud como producto de la determinación social. No es posible alcanzar niveles adecuados de salud en contextos contaminados y deteriorados.

En base a los fundamentos y por las razones expuestas considero que la modificación propuesta al marco normativo en cuestión es superador y promueve claramente la salud de los ciudadanos bonaerenses; así es que solicito el aval de los señores Diputados para la aprobación del presente Proyecto de Ley.

VIVIANA DE CARMEN PAN RIVAS
Diputada
Bloque Frente para la Victoria
H.C. Diputados de la Pcia. de Bs. As.

VIVIANA NOCITO
Diputada
Bloque Frente para la Victoria
H.C. Diputados Pcia. de Bs. As.