



Ministerio de Salud SALUD PUBLICA

Resolución 1460/2012

**“Programa Sumar” y/o “Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud”.
Sustitúyase Anexo I de la Resolución N° 1195/2012. Lineamientos.**

Bs. As., 7/9/2012

VISTO el Expediente N° 2002-13896/11-0 del registro del MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION, el Contrato de Préstamo BIRF N° 8062-AR suscripto con fecha 6 de agosto de 2012 entre la REPUBLICA ARGENTINA y el BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUCCION Y FOMENTO (BIRF), las Resoluciones N° 198/03 y N° 1195/12 de este Ministerio respectivamente, y

CONSIDERANDO:

Que con fecha 16 de julio de 2012 mediante Decreto N° 1183 se aprobó el modelo de Contrato de Préstamo N° 8062-AR a suscribirse entre la REPUBLICA ARGENTINA y el BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUCCION Y FOMENTO —BIRF— por hasta la suma de DOLARES ESTADOUNIDENSES CUATROCIENTOS MILLONES (U\$S 400.000.000) destinado a financiar parcialmente el “PROYECTO DE DESARROLLO DE SEGUROS PUBLICOS PROVINCIALES DE SALUD”.

Que por el artículo 1° de la Resolución Ministerial N° 1195/12 se modifica la denominación del “PROGRAMA PARA LA CREACION DE SEGUROS DE MATERNIDAD E INFANCIA PROVINCIALES” creado por Resolución N° 198/03, por la de “PROGRAMA NACIONAL DE DESARROLLO DE SEGUROS PUBLICOS DE SALUD”.

Que con el objeto de lograr una fácil identificación del “PROGRAMA NACIONAL DE DESARROLLO DE SEGUROS PUBLICOS DE SALUD” por parte de la población beneficiaria y de la sociedad argentina en su totalidad y la eficiente comunicación y difusión del mismo, resulta indispensable, a dichos fines, denominarlo “PROGRAMA SUMAR”.

Que asimismo se ha detectado la necesidad de ampliar el contenido de los “LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE DESARROLLO DE SEGUROS PUBLICOS DE SALUD” que se encuentran desarrollados en el Anexo I de la Resolución N° 1195/12.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente medida se dicta en ejercicio de la competencia atribuida por la ley de Ministerios - T.O. 1992, modificada por su similar Ley 26.338.



Por ello,

EL MINISTRO
DE SALUD
RESUELVE:

Artículo 1º — Denomínase indistintamente “PROGRAMA SUMAR” y/o “PROGRAMA NACIONAL DE DESARROLLO DE SEGUROS PUBLICOS DE SALUD”, con el objeto de lograr una fácil identificación del proyecto citado por parte de la población beneficiaria y de la sociedad argentina en su totalidad, y la eficiente comunicación y difusión del mismo.

Art. 2º — El uso de las denominaciones “PROGRAMA NACIONAL DE DESARROLLO DE SEGUROS PUBLICOS DE SALUD” y “PROGRAMA SUMAR” será indistinto en relación a los documentos internos de relación con las Provincias y en la documentación de la UNIDAD EJECUTORA CENTRAL (UEC) del Proyecto.

Art. 3º — Sustitúyase el Anexo I “Lineamientos del Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud” de la Resolución Nº 1195/12 por el Anexo I de la presente.

Art. 4º — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Juan L. Manzur.

ANEXO I

LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE DESARROLLO DE SEGUROS PUBLICOS DE SALUD

a) La política y estrategia sectorial del Gobierno Nacional.

En virtud del nivel de desarrollo y de los resultados alcanzados por los Seguros Materno Infantiles Provinciales en el marco del PLAN NACER, el Ministerio de Salud de la Nación considera como un pilar fundamental de la política sectorial para los próximos años el apoyo al desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud en todas las jurisdicciones del país y la creación de un Seguro Público Nacional de Salud para patologías específicas de baja incidencia y alto costo, con el objetivo de explicitar y mejorar la cobertura pública de salud, incrementar la utilización y calidad de los servicios de salud priorizados para la población sin cobertura explícita, y mejorar las capacidades de gestión institucional mediante mecanismos de financiamiento basados en resultados que se utilizarán en la relación con las jurisdicciones participantes y con los proveedores de servicios de salud.

b) Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud.

El Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud es una iniciativa que apoyará y financiará el desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud (SPS) en las provincias argentinas y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y de un Seguro Público Nacional para el caso de ciertas patologías de baja incidencia y alto costo.

Al inicio del programa los SPS tendrán como población objetivo a los niños y niñas de 0 a 9 años de edad, adolescentes entre 10 y 19 años de edad, y mujeres de 20 a 64 años de edad, que no cuenten con cobertura explícita de salud. Asimismo, durante la ejecución del programa se programará la incorporación de nuevos grupos poblacionales a la cobertura de los Seguros Públicos Provinciales de Salud.

Las jurisdicciones participantes deberán garantizar a la población inscripta al SPS un conjunto de



prestaciones y cuidados de salud priorizados, que será definido por el Ministerio de Salud de la Nación, y que conformará el Nomenclador Unico del Programa. Siendo uno de los objetivos centrales del programa explicitar y mejorar la cobertura de salud dentro del subsector público, durante la ejecución del mismo se analizará la posibilidad de incorporar de manera secuenciada nuevas prestaciones y cuidados de salud que serán priorizados en función de criterios técnicos y de política sanitaria, previamente establecidos.

b.1) Seguros Públicos Provinciales de Salud

Los SPS contarán con la asistencia financiera del Ministerio de Salud de la Nación a través de transferencias capitadas que serán definidas bajo un modelo de financiamiento basado en resultados, y se encontrarán vinculadas al desempeño en inscripción y cobertura efectiva de la población objetivo, y al cumplimiento de metas sanitarias en cada una de las jurisdicciones. Las transferencias capitadas estarán destinadas a cubrir las brechas de cobertura y calidad existentes en las jurisdicciones participantes respecto del conjunto de prestaciones y cuidados de salud que integrarán el Nomenclador Unico del programa.

El valor de la cápita será definido por el Ministerio de Salud de la Nación, será único para todas las provincias participantes, y su monto podrá ser actualizado durante la vigencia del programa. Asimismo, la Nación financiará asistencia técnica para el desarrollo de los SPS y equipamiento requerido para el fortalecimiento de la red pública de establecimientos de las provincias participantes.

Con el objetivo de lograr la sustentabilidad del programa se establece que las transferencias capitadas que recibirán los Seguros Públicos Provinciales de Salud serán definidas bajo un esquema de financiamiento decreciente de la Nación, en donde las provincias co-financiarán las mismas. Durante la vigencia del programa el financiamiento de la Nación en ningún caso será inferior al previsto en el convenio de préstamo N° 8062-AR.

Los fondos transferidos por la Nación bajo la modalidad capitada serán administrados en cuentas bancarias específicas, incorporados al presupuesto provincial y podrán ser utilizados por los SPS exclusivamente a los fines de pagar prestaciones y cuidados de salud que integren el Nomenclador vigente, que hayan sido brindados por los establecimientos contratados a personas inscriptas en los Seguros Públicos Provinciales de Salud.

Los SPS mantendrán la información contable que refleje la utilización de los fondos con los fines establecidos e informarán al Programa la utilización y saldos disponibles, no requiriéndose otra documentación para efectuar la rendición de las transferencias realizadas.

El Programa contará con una auditoría externa independiente que tendrá como objetivo general verificar que los datos relacionados con la población elegible y la provisión de servicios de salud constituyen una base confiable para la transferencia de recursos de la Nación a las Provincias, y de éstas a los proveedores de servicios de salud contratados por los Seguros Públicos de Salud.

Respecto a la contratación de prestadores, el Ministerio de Salud de la Nación definirá marcos de rectoría, donde las provincias tendrán la libertad de contratar establecimientos de la red pública, y subsidiariamente prestadores privados, a los fines de garantizar la provisión de las prestaciones y cuidados de salud priorizados por el programa.

La relación de la Nación y las jurisdicciones participantes se encontrará definida por un Convenio Marco de Participación, donde se establecerán los derechos y obligaciones de las partes durante la ejecución del programa. Adicionalmente, previo al inicio de cada ejercicio las partes suscribirán Compromisos Anuales de Gestión donde se definirán estrategias y acciones a los efectos de alcanzar los objetivos del Programa, y en el que se definirán metas y resultados esperados durante el período. Asimismo, el Programa contará con un Reglamento Operativo donde se definirán sus normas de funcionamiento y el cual podrá ser modificado por el Ministerio de Salud de la Nación durante la ejecución del mismo.

b.2.) Seguro Nacional de Salud

Se prevé el diseño e implementación de un Seguro Público Nacional de Salud destinado a garantizar el



acceso a la atención de calidad de las patologías de alto costo y baja incidencia seleccionadas de acuerdo a un Nomenclador específico definido por el Ministerio de Salud de la Nación.

El modelo de financiamiento de dicho seguro seguirá el modelo de las transferencias capitadas de los seguros públicos provinciales de salud, en los términos previstos en el Convenio de Préstamo N° 8062-AR, previéndose la asignación de fondos de acuerdo a una cápita ajustada por inscripción a cada Seguro Público Provincial de Salud y por los resultados obtenidos en relación a un conjunto de indicadores de desempeño que formarán parte de una matriz de trazadoras específica. El financiamiento podrá ser utilizado para el pago de prestaciones y cuidados de salud que integren el Nomenclador del programa, y que hayan sido brindados por los establecimientos contratados a personas inscriptas en los Seguros Públicos Provinciales de Salud.

c) Evaluación del Programa

El Programa, en su diseño, prevé medir el impacto de su estrategia sobre la situación de salud de su población beneficiaria y sobre el comportamiento de los equipos de salud. La evaluación de impacto es parte de una agenda más amplia de una política basada en la evidencia, donde el foco es colocado sobre los resultados. Esta lógica requiere atribuir efectos causales que permitan distinguir con rigurosidad metodológica las intervenciones más eficaces, con el objeto de sentar bases sólidas para avanzar sobre iniciativas que se revelen satisfactorias en términos de su costo-efectividad, o reformular aquellas que no reporten los resultados esperados.

Fecha de publicación: 13/09/2012

