



Ministerio de Salud SALUD PUBLICA

Resolución 1195/2012

Modifícanse denominación del “Programa para la Creación de Seguros de Maternidad e Infancia Provinciales” (Plan Nacer) creado por Resolución N° 198/2003, por la de “Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud”, y sus lineamientos.

Bs. As., 9/8/2012

VISTO el Expediente N° 2002-13.896/11-0 del Registro del MINISTERIO DE SALUD, los Decretos N° 2724/02, N° 1140/04 y N° 375/07, los Convenios de Préstamo suscriptos entre la REPUBLICA ARGENTINA y el BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUCCION Y FOMENTO (BIRF) N° 7225 y N° 7409, y la Resolución N° 198/03 de este Ministerio, y

CONSIDERANDO:

Que mediante el Decreto N° 2724/02 de prórroga de la Emergencia Sanitaria Nacional, se dispusieron las medidas necesarias para fortalecer la Atención Primaria de la Salud.

Que en ese sentido, por el artículo 3° del mismo Decreto se creó el SEGURO DE SALUD MATERNO-INFANTIL, a los fines de proporcionarle a la sociedad argentina condiciones más favorables de acceso a una salud digna y equitativa.

Que a través del artículo 1° de la Resolución del MINISTERIO DE SALUD N° 198 del 15 de agosto de 2003, se creó en la órbita de la SECRETARIA DE PROGRAMAS SANITARIOS el “PROGRAMA PARA LA CREACION DE SEGUROS DE MATERNIDAD E INFANCIA PROVINCIALES” (PLAN NACER) para asistir a las Provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en la creación de los SEGUROS MATERNO INFANTILES LOCALES, mediante el apoyo financiero y técnico en el desarrollo, implementación y ejecución del mismo.

Que la citada norma estableció que los SEGUROS MATERNO INFANTILES LOCALES tendrán como objetivo brindar un Conjunto de Prestaciones Básicas (CPB) a la población materno-infantil que no cuente con cobertura explícita de salud.

Que mediante el Decreto N° 1140 del 31 de agosto de 2004 se aprobó el modelo de Contrato de Préstamo N° 7225-AR suscripto entre la REPUBLICA ARGENTINA y el BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUCCION Y FOMENTO (BIRF), destinado a solventar parcialmente la ejecución del Programa para la Creación de Seguros de Maternidad e Infancia Provinciales.

Que para la primera fase del PLAN NACER se previó la incorporación de las provincias pertenecientes a las regiones del NOA y NEA, por tratarse de las jurisdicciones que presentaban los índices más



desfavorables de morbi-mortalidad materna e infantil.

Que a través del Decreto N° 375 del 17 de abril de 2007, se aprobó el Modelo de Convenio de Préstamo N° 7409-AR suscripto entre la REPUBLICA ARGENTINA y el BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUCCION Y FOMENTO (BIRF), destinado a solventar la ejecución de la segunda fase del Programa para la Creación de Seguros de Maternidad e Infancia Provinciales (PLAN NACER).

Que en esta segunda fase se incluyeron las restantes provincias del país y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, lográndose de esa manera que el Proyecto se encuentre implementado en todo el territorio argentino.

Que el PLAN NACER es una política federal de desarrollo por etapas de Seguros Públicos de Salud para la población sin cobertura explícita de salud (obra social o seguro privado de salud) cuyo objetivo es explicitar y garantizar la cobertura pública de salud de un conjunto de prestaciones y cuidados de salud priorizados.

Que otro aspecto distintivo e innovador del PLAN NACER lo representa su “modelo de financiamiento basado en resultados” nominados, auditados y con metas de salud crecientes, que procura promover un cambio cultural en la visión y gestión de la salud que priorice la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS), la eficacia del sistema y la utilización efectiva de los servicios de salud por parte de la población.

Que en efecto, la ejecución del PLAN NACER hizo posible desarrollar un nuevo modelo de financiamiento de la salud pública que introdujo nuevas pautas de gestión en el sector que permiten orientar los esfuerzos y recursos del gobierno nacional, las provincias y los establecimientos públicos de salud hacia el logro de mejores resultados de salud para la población materno-infantil sin cobertura formal de salud.

Que el modelo de gestión y los mecanismos de asignación de los recursos desarrollados por el PLAN NACER han sido fuertemente valorados por las autoridades provinciales y los equipos de salud públicos, toda vez que alentaron y realizaron en forma autónoma, procesos de extensión del mismo hacia otras prestaciones y cuidados de salud como también en relación a otros grupos poblacionales.

Que resulta relevante destacar que actualmente, y de acuerdo a lo previsto desde el inicio del programa, todas las provincias del país se encuentran co-financiando con recursos locales el modelo de gestión y de cobertura explícita que implementaron a través del PLAN NACER.

Que en el mes de agosto de 2010 se produjo el cierre del Convenio de Préstamo N° 7225-AR mediante el cual se financió la primera fase del PLAN NACER, obteniendo su ejecución la calificación de “altamente satisfactoria” por parte de las autoridades del Banco Mundial.

Que a partir de ese momento el PLAN NACER es financiado en todas las provincias del país a través del Convenio de Préstamo N° 7409-AR.

Que a partir del mes de abril de 2010 el programa inició un proceso de extensión gradual de su cobertura de salud, incorporando los módulos integrales de atención de las Cardiopatías Congénitas. En el año 2011, se incorporaron además nuevas prestaciones ambulatorias de tratamiento específico de ciertas





patologías prevalentes.

Que por las razones expuestas resulta de interés del gobierno argentino extender esta experiencia hacia otros grupos poblacionales con el propósito de continuar mejorando la cobertura efectiva de los hogares de bajos recursos que no cuentan con cobertura explícita de salud y a través del mismo potenciar otras estrategias nacionales de salud que implementa esta cartera.

Que para ello resulta necesario modificar la denominación del “Programa para la Creación de Seguros de Maternidad e Infancia Provinciales” creado por la Resolución N° 198/03, por la de “PROGRAMA NACIONAL DE DESARROLLO DE SEGUROS PUBLICOS DE SALUD, (en adelante el “Programa”), el cual tendrá como principales objetivos:

- a) Explicitar y mejorar la cobertura pública de salud e incrementar la utilización y calidad de los servicios de salud priorizados para la población sin cobertura explícita de salud,
- b) Mejorar las capacidades de gestión institucional a través de mecanismos de financiamiento basados en resultados entre el nivel nacional y las provincias participantes, y entre las provincias y los proveedores de servicios de salud.

Que asimismo deviene necesario modificar los lineamientos del programa definidos en el Anexo I de la Resolución N° 198/03.

Que EL MINISTERIO DE SALUD comunicará a las Provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires las condiciones que deberán reunir a fin de participar en el Programa.

Que a los fines del financiamiento del programa el MINISTERIO DE SALUD ha negociado con el Banco Mundial el Préstamo 8062-AR que fuera aprobado por el Directorio de ese organismo el 28 de abril de 2011, y cuyo Convenio de Préstamo se encuentra en trámite de suscripción mediante expediente N° 119750/2011 del MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS PUBLICAS.

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

Que la presente medida se dicta en ejercicio de las facultades conferidas por la Ley de Ministerios - T.O. 1992, modificada por su similar Ley 26.338, y por el Artículo 2º del “Reglamento de Procedimientos Administrativos. Decreto 1759/72 T.O. 1991”.

Por ello,

EL MINISTRO
DE SALUD
RESUELVE:

Artículo 1º — Modifícase 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”.



Art. 2º — Modifícanse los lineamientos definidos en el ANEXO I de la Resolución Nº 198/03, por los que como ANEXO I forman parte integrante de la presente.

Art. 3º — El PROGRAMA NACIONAL DE DESARROLLO DE SEGUROS PUBLICOS DE SALUD tendrá como objetivo asistir a las Provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en la ampliación de la cobertura que brindan los Seguros de Maternidad e Infancia Provinciales, mediante el apoyo financiero y técnico en el desarrollo, implementación y ejecución de los mismos.

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 de Salud.

Las jurisdicciones participantes deberán garantizar a la población inscrita 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 Público 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 integran el Nomenclador Único 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 define 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. De acuerdo a lo previsto en la negociación del préstamo 8094-AR, durante la vigencia del programa el financiamiento de la Nación en ningún caso será inferior al setenta por ciento (70%) del valor de la cápita.

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 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 Nación Específico.

El modelo de financiamiento de dicho seguro seguirá el modelo de las transferencias capitadas de los seguros públicos provinciales de salud, 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 vigente para 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: 16/08/2012

