

**ADENDA AL CONVENIO MARCO DE PARTICIPACION EN EL PROYECTO DE APOYO A
LA COBERTURA EFECTIVA UNIVERSAL DE SALUD EN ARGENTINA –
PROGRAMA SUMAR**

ANTECEDENTES

Que a través del Decreto del poder Ejecutivo Nacional N° 1130/2018, se aprobó el Modelo de Convenio de Préstamo BIRF N° 8853-AR, suscripto entre la República Argentina y el BIRF.

Que por Resolución N° 518/2019, de la entonces SECRETARÍA DE GOBIERNO DE SALUD, a través de su Artículo 1°, se creó el PROGRAMA DE AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA EFECTIVA EN SALUD, sobre la base del PROGRAMA SUMAR, con el objetivo de incrementar la cobertura efectiva y equitativa de servicios de salud priorizados para la población con cobertura pública exclusiva y, asimismo, fortalecer al Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios de Salud Jurisdiccionales.

Que en ese marco la Jurisdicción de Buenos Aires ha suscripto con la Nación un Convenio Marco de participación en el Proyecto de Apoyo a una Cobertura Universal de Salud Efectiva en Argentina, en adelante Programa SUMAR.

El Programa SUMAR es una política federal de desarrollo de Seguros Públicos de Salud para la población con cobertura exclusiva del sector público, cuyo objetivo es explicitar y garantizar el acceso a un conjunto de prestaciones y cuidados de salud priorizados a través del Plan de Servicios de Salud del programa.

La implementación del Programa busca promover el ejercicio efectivo del derecho a la salud de la población en el territorio nacional, incluido en los tratados internacionales suscriptos por el Estado Argentino, y que revisten de jerarquía constitucional.

Los estudios de evaluación de impacto han permitido verificar que el Programa ha sido exitoso a los efectos de mejorar el acceso y la atención de la salud de la población más vulnerable, mejorando el estado de salud de la misma.

El Programa ha decidido universalizar la cobertura poblacional incluyendo a los adultos mayores de 64 años dentro de su población objetivo, con el propósito de continuar mejorando la salud de la población que cuenta con cobertura exclusiva del sector público.

De igual forma se determinó la posibilidad de incorporar a la normativa del Programa, que las Jurisdicciones Participantes puedan realizar pagos de módulos y prestaciones contenidos en los Servicios de Salud de Alta Complejidad a los efectores, desde las cuentas de los Seguros Provinciales de Salud (SPS) con el propósito que desde el actual Fondo Nacional de Equidad en Salud (FONES) se reembolsen o reconozcan dichos Servicios de Salud.

A los efectos del financiamiento, se decidió ajustar el porcentaje de las cuotas de los pagos capitados, de un 50% mensual en concepto de población inscrita con Cobertura Efectiva Básica y un 50% cuatrimestral en función del desempeño observados en los indicadores que conforman la Matriz de Trazadoras por un 60% mensual y hasta un 40% cuatrimestral respectivamente.

En virtud de los antecedentes citados, y a los efectos de realizar los ajustes antes mencionados, deviene oportuno suscribir la presente adenda al Convenio Marco de Participación en el Proyecto de Apoyo a la Cobertura Efectiva Universal de Salud en Argentina.

PRIMERA / DEFINICIONES

A los efectos de la presente Adenda se establecen las siguientes definiciones:

Concepto	Definición
BIRF	Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento
Beneficiario/a	Se define como Beneficiario/a a toda persona que, reuniendo los requisitos de elegibilidad, se encuentra inscripto el padrón de un SPS.
Cobertura Efectiva Básica	Son las personas inscriptas en el Programa que han recibido al menos una prestación de salud en un intervalo de tiempo definido por el ECP, y por las cuales el SPS podrá devengar las capítas.
Convenio Marco	Convenio firmado entre la NACIÓN y una jurisdicción por el cual ésta participa en el Proyecto. Este Convenio establece los derechos y obligaciones de cada una de las partes.
Cuenta Cápitas del SPS	Cuenta Corriente bancaria nominada en pesos administrada por la UIP a la cual se transfieren los montos correspondientes a las transferencias capítadas y desde donde se efectuarán los pagos a los efectores por prestaciones del Plan de Servicios de Salud brindadas a los y las beneficiarios/as del SPS.
ECP	Equipo Coordinador del Proyecto. Funcionará en la órbita de la Dirección Nacional de Fortalecimiento de los Sistemas Provinciales, de la Sub-Secretaría de Articulación Federal, de la Secretaría de Equidad en Salud, del MSN.
Efector	Establecimiento de salud que cumple los requisitos necesarios establecidos en el Manual Operativo del Proyecto.
FONES	Fondo Nacional de Equidad en Salud
Jurisdicción participante	Jurisdicción que ha firmado el Convenio Marco de Participación y que este se mantiene vigente. Solamente una Jurisdicción Participante puede acceder a los beneficios del Proyecto, siempre que haya dado cumplimiento en forma previa a las condiciones de admisibilidad.
Jurisdicción	Todas las provincias del país y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Manual Operativo	Es la guía de ejecución del Proyecto de Apoyo a la Cobertura Efectiva Universal de Salud en Argentina. Esta a su vez contiene, entre otras cosas, al Reglamento Operativo, al igual que a las Guías de Anticorrupción.
MSN	Ministerio de Salud de la Nación
NACIÓN	Estado Nacional Argentino
Reglamento Operativo	Conjunto de normas y procedimientos específicos que son de cumplimiento obligatorio para la NACIÓN y las Jurisdicciones Participantes del Proyecto. Este Reglamento está contenido dentro del Manual Operativo y forma parte del Convenio Marco de participación.
SPS	Seguro Provincial de Salud.
PSS	Plan de Servicios de Salud. Conjunto de prestaciones de salud y módulos prestacionales elegibles para los SPS en el marco del Proyecto. El PSS se ordena por líneas de cuidado y comprende dos conjuntos de módulos y prestaciones: a) Servicios Preventivos y Generales de Salud, y b) Servicios de Salud de Alta Complejidad.
Transferencia Capítada	Es el financiamiento de los Servicios Preventivos y Generales de Salud del PSS, que se calcula como el producto de un Monto per cápita por el número de Beneficiarios/as elegibles que revistan la condición de "beneficiarios/as con cobertura efectiva básica". Esta transferencia se compone de dos partes: (1) una Transferencia Mensual Base (60%); y (2) una Transferencia Complementaria Cuatrimestral (40%), que se transfiere en función del cumplimiento de trazadoras.
Trazadoras	Son indicadores sanitarios mediante los cuales se evalúa y retribuye el desempeño del Sistema de Salud de la Jurisdicción, respecto de distintas dimensiones de la atención de la salud de la población objetivo.

UIP	Unidad de Implementación del Programa. La misma será conformada como la continuidad del equipo de la Unidad de Gestión del Seguro Provincial.
-----	---

SEGUNDA / PARTES

Por una parte, el MINISTERIO DE SALUD DE LA REPUBLICA ARGENTINA (en adelante **LA NACION**), representado por la Sra. Ministra de Salud, Dra. Carla VIZZOTTI, con domicilio en Avenida 9 de Julio N° 1925, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y por la otra parte EL GOBIERNO DE LA JURISDICCIÓN DE BUENOS AIRES (en adelante LA JURISDICCIÓN), representado por el Gobernador, Dr. Axel KICILLOF con domicilio en la calle 6 entre 51 y 53, de la Ciudad de La Plata, respectivamente, han convenido lo siguiente:

TERCERA / ASPECTOS GENERALES - MARCO NORMATIVO

Las partes reafirman su voluntad de lograr los objetivos generales del Programa tendientes a incrementar la utilización y calidad de los servicios de salud priorizados para la población con cobertura pública exclusiva a través del Seguro Público Provincial de Salud, y mejorar la gestión institucional mediante el fortalecimiento de los incentivos por resultados en las Jurisdicciones Participantes y entre los prestadores habilitados.

La relación entre las partes para el Programa es normada por el Convenio Marco y la presente adenda al mismo, que contienen las normas generales a las cuales deberán atenerse las partes intervinientes, y el Reglamento Operativo que es parte integrante del mismo.

Los documentos enumerados no podrán contradecir al Manual Operativo del Programa, el cual constituye la guía de ejecución del Proyecto.

En caso de que surja un conflicto de interpretación entre el Convenio Marco, esta adenda y el Convenio de Préstamo con el BIRF, este último prevalecerá.

CUARTA / AMPLIACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETIVO

Las partes acuerdan la incorporación de los adultos mayores de 64 años como población objetivo del programa. De esta manera la población objetivo del Programa SUMAR quedará conformada por hombres y mujeres en su totalidad, sin límite de edad, que cuenten con cobertura pública exclusiva.

QUINTA / PAGOS DE SERVICIOS DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD DESDE LA CUENTA DEL SPS

Las partes acuerdan añadir la posibilidad de que LA JURISDICCIÓN pueda realizar pagos de módulos y prestaciones contenidos en los Servicios de Salud de Alta Complejidad a los efectores, desde la cuenta del SPS con el propósito que desde el FONES se reembolsen o reconozcan dichos Servicios de Salud.

La opción mencionada puede instrumentarse de dos formas posibles: (1) pago de prestaciones con los fondos de la Cuenta Capitas del SPS una vez recibida y validada la facturación por la UIP, recibiendo el reintegro del FONES una vez enviada la solicitud de transferencia; o (2) enviar la solicitud de transferencia al FONES y realizar los pagos correspondientes una vez recibidos los fondos en la Cuenta Cápita del SPS o cuenta para el pago de prestaciones de alta complejidad. En la primera opción se aplicaría la figura del reembolso, mientras que en la segunda representaría un anticipo.

Asimismo, LA NACIÓN seguirá teniendo la facultad de realizar pagos directos desde el FONES a los efectores por Servicios de Salud de Alta Complejidad.

SEXTA / REDEFINICIÓN DEL ESQUEMA DE PAGOS CAPITADOS

A través de la siguiente adenda, las partes establecen redefinir el esquema de pagos capitados, disponiendo un esquema que estipula pagos de cápitas a LA JURISDICCIÓN en dos cuotas:

- a. 60% mensual en concepto de población inscripta con Cobertura Efectiva Básica;
- b. Hasta un 40% cuatrimestral en función del desempeño observado en los indicadores que conforman la Matriz de Trazadoras.

SEPTIMA / CONDICIONALIDADES

Las partes manifiestan que, excepto las modificaciones que expresamente se determinan en las cláusulas de esta adenda, se mantienen vigentes todas las demás condiciones en cada una de las cláusulas del Convenio Marco suscripto.

OCTAVA / INICIO DE VIGENCIA - RETROACTIVIDAD

Las partes acuerdan que la vigencia y efectos de la presente adenda tendrá retroactividad al 1° de enero de 2020, a excepción de la cláusula cuarta que será a partir del 1° de abril de 2020.

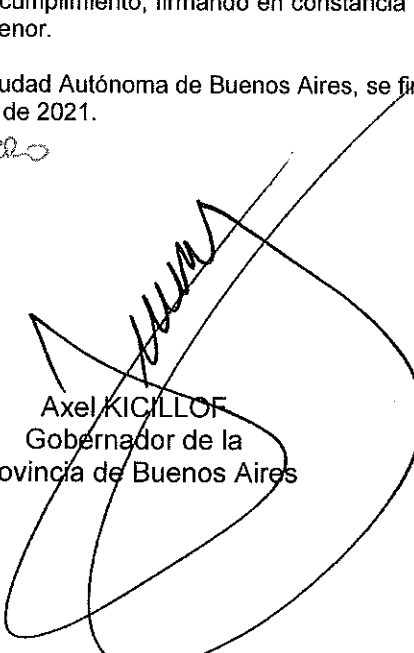
En caso de corresponder y para aquella JURISDICCIÓN que inició su participación en el Programa con posterioridad a alguna de la o las fechas mencionadas en el párrafo anterior de esta cláusula, será considerada como fecha de inicio de la presente adenda, la fecha de ingreso al mismo.

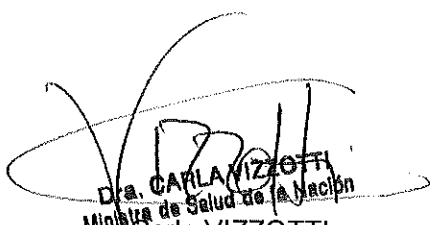
NOVENA / CONFORMIDAD

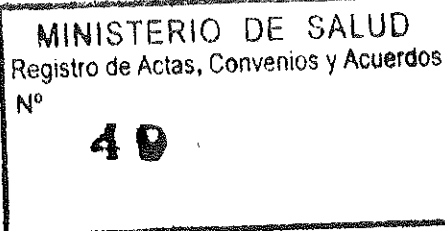
Las partes intervinientes declaran su conformidad con lo anteriormente pactado, obligándose a su estricto cumplimiento, firmando en constancia sus representantes legales dos ejemplares de un mismo tenor.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se firma la presente adenda a los 26 días del mes de 2021.

febrero


Axel KICILLOF
Gobernador de la
Provincia de Buenos Aires


Dra. CARLA VIZZOTTI
Ministra de Salud de la Nación
Carla VIZZOTTI
Ministra de Salud





G O B I E R N O D E L A P R O V I N C I A D E B U E N O S A I R E S
2021 - Año de la Salud y del Personal Sanitario

Hoja Adicional de Firmas
Convenio

Número:

Referencia: Addenda al Convenio Marco de Participación Programa Sumar

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 4 pagina/s.