



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2019 - Año de la Exportación

Informe

Número:

Referencia: EX-2019-07070351-APN-DD#MSYDS

ANEXO I

LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA DE AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA EFECTIVA EN SALUD

a. Política y estrategia sectorial del Gobierno Nacional

Con la finalidad de asegurar el acceso oportuno de la población a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos y de calidad y la provisión de medicamentos seguros, eficaces y asequibles, el Poder Ejecutivo Nacional decidió establecer, como una de sus prioridades estratégicas del Gobierno, la promoción de la Cobertura Universal de Salud (CUS). La estrategia se orienta a optimizar el modelo de atención a través de la construcción de coberturas jurisdiccionales de salud. Para ello, se promueve el fortalecimiento del primer nivel de atención (PNA), la nominalización de la población y la asignación de población a cargo de equipos de salud. En el marco de la citada estrategia, el Programa de Ampliación de la Cobertura Efectiva en Salud resulta sumamente relevante en tanto apoya el desarrollo y fortalecimiento de las estrategias provinciales de aseguramiento, generando la implementación de procesos sustantivos para la estrategia de promoción de la CUS.

a. Programa de Ampliación de la Cobertura Efectiva en Salud (PACES)

El PACES tiene como objetivos generales incrementar la cobertura efectiva y equitativa de servicios de salud priorizados para la población con cobertura pública exclusiva y, asimismo, fortalecer el Ministerio de Salud de la Nación Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (MSYDSN), al igual que, los Ministerios de Salud Provinciales de cada una de las veinticuatro jurisdicciones para la implementación de mecanismos a fin de lograr un sistema de salud integrado.

La población objetivo definida para el Programa son las personas hasta los 64 años de edad con cobertura pública exclusiva, estimada en más de 15 millones.

Para la implementación del Programa, el Gobierno Nacional diseñará un plan de servicios de salud con criterios explícitos de priorización- que contemplará servicios preventivos y generales de salud y servicios de salud de alta complejidad-, brindará soporte a las Jurisdicciones para la implementación de un plan de interoperabilidad informática y definirá los modelos de contratación de prestadores. Por su parte, las Jurisdicciones participantes deberán garantizar la identificación, nominalización, georreferenciación y empadronamiento de personas con cobertura pública exclusiva; la asignación de la población a cargo a los equipos de salud del primer nivel de atención; el registro y reporte en tiempo real de prestaciones de salud brindadas por prestadores del subsistema público; la implementación de sistemas informáticos de seguimiento sanitario de las personas y de facturación on-line, fortalecer el recupero de prestaciones realizadas por los establecimientos del sub-sector público de salud a personas cubiertas por la seguridad social o los seguros privados.

a. Seguros Provinciales de Salud

Los Seguros Provinciales de Salud (SPS) contarán con la asistencia financiera del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación a través de transferencias capitadas que serán definidas bajo un modelo de financiamiento basado en resultados vinculados al desempeño en inscripción con cobertura efectiva básica de la población objetivo y al cumplimiento de metas sanitarias. Estas transferencias estarán destinadas a cubrir las brechas de cobertura y calidad de las prestaciones del Plan de Servicios Generales de Salud en las jurisdicciones participantes.

Con el objetivo de lograr la sustentabilidad del Programa, se define un esquema de cofinanciamiento entre la Nación y las Jurisdicciones participantes.

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 para financiar los servicios generales de salud que conforman el Plan de Servicios de Salud.

El Programa contará con una auditoría externa técnica 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 los SPS y de éstos a los establecimientos de salud contratados.

Respecto a la contratación de establecimientos de salud, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación definirá los marcos de rectoría, donde las Jurisdicciones participantes tendrán la libertad de contratar establecimientos del sub-sector público.

La relación entre la Nación y las Jurisdicciones participantes estará regida por un Convenio Marco de Participación, donde se establecerán los derechos y obligaciones de las partes durante la vigencia del Programa. Asimismo, el Programa contará con un Manual Operativo donde se definirán las normas de funcionamiento del mismo.

a. Fondo de Alta Complejidad

El Programa contempla la creación de un Fondo de Alta Complejidad (FONAC) para financiar enfermedades de alta complejidad. El FONAC será financiado exclusivamente con recursos nacionales - mediante distintas fuentes de financiamiento- a través de un esquema de transferencias capitadas en función del desempeño en inscripción de la población objetivo de las distintas jurisdicciones.

Los fondos transferidos al FONAC podrán ser utilizados exclusivamente para financiar los servicios de

salud que conforman el Plan de Enfermedades de Alta Complejidad brindados por los establecimientos de salud contratados a las personas inscriptas al Programa.