



## Documento Técnico N° 4

# Esquema de incentivos y uso de fondos por las Provincias

PLAN NACER - SUMAR - FESP I y II - REMEDIAR + REDES I y II

2012

## Índice

|  |           |
|--|-----------|
| <b>I. Introducción</b>   | <b>3</b>  |
| <b>II. Proyectos actualmente en implementación</b>   |           |
| a. Programa de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud - Remediar + Redes (FEAPS BID 1903 OC/AR) | 4         |
| b. Plan Nacer  | 7         |
| c. Programa de Funciones Esenciales de Salud Pública I - FESP I  | 9         |
| d. Programa de Funciones Esenciales de Salud Pública II - FESP II  | 11        |
| <b>III. Proyectos próximos a implementarse</b>   |           |
| a. Programa de Atención Primaria de la Salud para el manejo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (BID 1142 OC/AR)     | 15        |
| b. Programa SUMAR  | 16        |
| <b>Anexo I</b>   | <b>19</b> |
| Matriz: Esquema de Incentivos y uso de Fondos por las provincias   |           |

## I. Introducción<sup>1</sup>

Al presente, existen seis Proyectos con financiamiento externo del Sector Salud focalizados en Enfermedades No Transmisibles, a través de los cuales se transfieren fondos a las jurisdicciones en el marco del financiamiento basado en resultados, estos son:

- Programa de Remediar+Redes I
- Plan Nacer
- Proyecto de Funciones Esenciales de Salud Pública I
- Proyecto de Funciones Esenciales de Salud Pública II
- Programa SUMAR
- Programa de Remediar+Redes II

El financiamiento basado en resultados (FBR) constituye un esquema novedoso en la Argentina ya que la modalidad usual en el sector público es la de asignaciones presupuestarias globales a distintos programas sin control por resultados.

Este esquema de financiamiento contempla una serie de mecanismos orientados a mejorar el funcionamiento del sistema de salud a través de pagos por incentivos. El FBR es un término que incluye Ayuda Basada en Resultados, Pago por Desempeño, Transferencias Interfiscales e Incentivos a Centros de Salud para que adopten comportamientos orientados a promover la salud.

En este sentido el MSN, a través del financiamiento basado en resultados, promueve la implementación de intervenciones esenciales de salud, mejorando su calidad, eficacia y equidad; mediante incentivos que recompensan resultados buscados. Es decir, pagando por el funcionamiento orientado a cambios en la manera en que los individuos tienen acceso y utilizan los servicios de salud y en el modo en el cual los proveedores los entregan.

El presente documento resume los esquemas de incentivos a las Provincias que se han implementado mediante los Proyectos con financiamiento externo del Sector Salud orientados a ENTs, así como su uso por parte de las provincias.

---

<sup>1</sup> *Equipo de Monitoreo y Evaluación:* Silvia Prieri (Coordinadora), Carolina Walton, Gabriela Ramirez, Sally Mercado y Malena Araneo.

## II. Proyectos actualmente en implementación

### a. Programa de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud - Remediar + Redes (FEAPS BID 1903 OC/AR)

El Programa Remediar + Redes es un Proyecto creado para promover el fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud. Desde esta perspectiva, propone fortalecer la capacidad de respuesta a nivel sanitario de las Redes de Salud y jerarquizar los Centros de Atención del Primer Nivel, como punto estratégico de contacto con la comunidad y como puerta de entrada de la población al Sistema de Salud.

El Programa inició sus acciones en el mes de octubre de 2002, con el objetivo central de garantizar el acceso a medicamentos esenciales de la población cuya cobertura médica es exclusivamente pública. Desde el año 2009, amplió su desarrollo sumando el financiamiento de Proyectos Provinciales cuyo objetivo es impulsar y fortalecer las Redes de Salud de las Provincias a través del incremento de los niveles de accesibilidad de la población al sistema mediante un abordaje integral de las problemáticas socio-sanitarias apuntando hacia un cambio en el modelo de gestión y atención de la salud.

El mecanismo seleccionado para el financiamiento del proyecto provincial es el de liberación de fondos por etapas en función de la nominalización, clasificación por riesgo cardiovascular global, y seguimiento de personas con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo II. Por sus características, estas patologías permiten una visualización integral de la red, por lo cual se consideran trazadoras de la misma.

Cada Provincia, sobre la base del diagnóstico inicial, define la combinación de actividades más pertinentes para la consolidación de sus redes. Ello implica que cada proyecto, además de incorporar las acciones necesarias para el logro de los resultados que liberen el financiamiento, se orienta a desarrollar actividades de fortalecimiento de sus redes de salud, en términos de mejorar sus sistemas de organización, de programación, de referencia y contra-referencia, de recursos humanos y capacitación; de información y seguimiento; de logística; de infraestructura; y de mecanismos de participación comunitaria.

Estas actividades se ejecutan de manera centralizada por el MSAL, con el objetivo de garantizar, a través de actividades de asistencia técnica, la aplicación homogénea de una modalidad de intervención que se ajuste a criterios de eficiencia y calidad, respetando las realidades e iniciativas provinciales.

### Transferencias a Provincias

Para el financiamiento del Proyecto Provincial existe (i) un **Fondo de Reembolso** destinado al reembolso de las actividades de captación, nominalización y preclasificación de la población de la red, evaluación/clasificación y seguimiento de personas con Hipertensión Arterial (HTA) y la Diabetes Mellitus tipo 2 con Riesgo cardiovascular Global (RCVG) mayor al 10%; y (ii) un **Fondo de Incentivos** destinado a ser liberado en forma proporcional a los resultados obtenidos, medidos por el grado de cumplimiento de determinados indicadores.

Las acciones a desarrollar y los resultados a alcanzar por cada Proyecto Provincial se formalizan a través de **Compromisos de Gestión** entre la Nación y la Provincia. Estos Compromisos vinculan las transferencias de recursos (Reembolsos e incentivos a ser financiados por este subcomponente) a los resultados constatados.

Con el objeto de asegurar la sostenibilidad de la lógica de intervención del Programa, **los recursos desembolsados deben ser utilizados exclusivamente en actividades e inversiones directamente relacionadas con el fortalecimiento de las redes provinciales de salud**, que son definidas en detalle en los respectivos Proyectos Provinciales, y que se enmarcan dentro de los siguientes rubros:

- Asistencia técnica

- Capacitación del personal en operación en las redes de salud;
- Otorgamiento de incentivos al personal de las redes seleccionadas, el cual no podrá exceder el 50% de los fondos recibidos en el marco del proyecto durante cada año calendario;
- Mejora de los sistemas de información y seguimiento;
- Logística, en términos del propio diseño, organización e implementación del sistema o bien en aspectos específicos relacionados a la capacidad de acopio y distribución de insumos, transporte, intercomunicación, etc.
- Infraestructura (obras menores de rehabilitación<sup>3</sup>), Mantenimiento de edificios y equipos;
- Provisión de equipamiento;
- Desarrollo de acciones extramuros, de prevención de enfermedades y de promoción de la salud.

La correcta aplicación de los recursos y el grado de avance de los Proyectos Provinciales es verificada por el MSAL, como parte de sus revisiones periódicas de ejecución de los Proyectos Provinciales, así como por la Auditoría Externa contratada por el Programa. El falseamiento de información podrá determinar la suspensión y/o rescisión del convenio.

### Provincias elegibles

Participan del Componente todas aquellas Provincias que desean establecer Proyectos Provinciales de Fortalecimiento de las Redes de Salud de acuerdo con las normas del Programa. Para dicho fin, las provincias deben suscribir el Convenio Marco en forma conjunta con la Nación y deben cumplir con los siguientes pasos:

- a) Designar un Representante del área de salud de su Gobierno, que integrará la UGP y será el Responsable a Nivel Provincial de la ejecución del Componente. La UGP será asistida técnicamente y supervisada por la UEC.
- b) Definir las redes de salud priorizadas, las cuales deberán representar al menos el 30% de la población provincial.
- c) Seleccionar el equipo de asistencia técnica provincial para la elaboración del Diagnóstico de Redes de Salud seleccionadas y el correspondiente proyecto para su fortalecimiento.
- d) Elaborar el Diagnóstico de las redes de salud seleccionadas a cargo de los equipos de asistencia técnica mencionados, siguiendo las pautas mínimas que oportunamente fije la UEC, el que deberá ser girado a la misma, para su aprobación.
- e) Abrir una Cuenta del Proyecto Provincial de Fortalecimiento de las Redes de Salud, la cual deberá ser notificada a la UEC.
- f) Elaborar un Proyecto Provincial de Fortalecimiento de las Redes de Salud, el cual deberá ser enviado a la UEC para la aprobación por parte del Director Nacional.

### Pago por resultados

Como se ha indicado anteriormente, el financiamiento asignado a cada provincia se distribuye en dos fondos: (i) un reembolso unitario para Empadronamiento, Clasificación y Seguimiento; y (ii) un fondo de incentivos por cumplimiento de un set de indicadores.

Los montos de reembolso unitario para las actividades son los siguientes: Empadronamiento=USD 4.00, Clasificación=USD 27.00 y Seguimiento (cuatrimestral)=USD 12.60.

Se asigna un monto total por provincia de acuerdo a las metas de empadronamiento, clasificación y seguimiento que permiten dar cumplimiento: (i) al 30% de la población con cobertura pública exclusiva en salud de la provincia; (ii) a los indicadores de cobertura replanificados de acuerdo a la nueva población objetivo, la prevalencia por edad y las tasas de seguimiento por riesgo global.

La UGP debe enviar a la UEC, dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre del cuatrimestre la información relacionada con el proceso de Empadronamiento, Clasificación y Seguimiento con el contenido y formato que se detalla en el Compromiso de Gestión. El incumplimiento de los plazos establecidos por presentación tardía o incompleta de la documentación redunda en un perjuicio para la provincia debido a que no recibirá la transferencia en los tiempos estipulados.

Los incentivos son solicitados por las provincias y liquidados con previa certificación de la Auditoría Externa de las metas alcanzadas. Se estipula un primer incentivo por aprobación del proyecto por parte de la provincia, y un set de ocho indicadores que liberan incentivos de acuerdo a metas alcanzadas. El incentivo por Proyecto formulado y aprobado, en fase de implementación permite la transferencia de un 10% del recurso disponible para la provincia con el objetivo de que puedan comenzar a realizar las actividades.

A continuación se presentan los incentivos establecidos por cumplimiento de metas:

| Nº | Incentivo  | Porcentaje de Cumplimiento | Medio de Verificación         |
|----|--|----------------------------|-------------------------------|
| 1  | Proyecto aprobado y en implementación (Compromiso de Gestión firmado).   | 10%                        | Compromiso de Gestión firmado |
| 2  | Empadronamiento igual al 30% durante el primer año distribuido en el 50% de los efectores de salud del Primer Nivel de Atención (PNA); o durante el 2do año, el 60% de la población empadronada en el 80% de los efectores de salud del PNA o durante el 3er año el 95% de la población empadronada (por única vez). | 5%                         | Informe de Auditoría externa  |
| 3  | Hasta el fin del 2do año haber clasificado al menos el 30% de la meta total de Clasificados ó, hasta el fin del tercer año haber clasificado al menos al 60 % de la meta total de Clasificados (por única vez).  | 10%                        | Informe de Auditoría externa  |
| 4  | Hasta el fin del 2do año haber alcanzado al menos el 40% de las metas de los indicadores de fortalecimiento de redes   | 2,50%                      | Informe de Auditoría externa  |
| 5  | Al terminar el 2º año, el 70% de los efectores de salud del PNA con sistema de turnos programados y el 30 % de pacientes con DMT2 o hipertensión que se encuentran en plan de seguimiento, cuentan con R y CR documentada en HC.   | 7,50%                      | Informe de Auditoría externa  |
| 6  | Al terminar el 2º Cuatrimestre del tercer año, más del 40% de las personas en plan de seguimiento se encuentran "bien seguidas" según definiciones de las Guías de la Dirección de Promoción y Prevención de ECNT.   | 7,50%                      | Informe de Auditoría externa  |

| Nº | Incentivo   | Porcentaje de Cumplimiento | Medio de Verificación        |
|----|---|----------------------------|------------------------------|
| 7  | Al terminar el 3º año el 80 % de efectores de salud del PNA cuenta con un sistema de turnos programados y el 80 % de pacientes en plan de seguimiento cuentan con R y CR documentada. | 5%                         | Informe de Auditoría externa |
| 8  | Al finalizar el tercer año haber alcanzado, al menos, el 70% de las metas de los indicadores de fortalecimiento de redes.   | 2,50%                      | Informe de Auditoría externa |

Anualmente se procede a realizar un **proceso de reasignación de fondos no utilizados**, contando con la No Objeción del BID, los cuales pueden ser utilizados para el fondo de reembolso, o el de incentivos o a ser aplicados en asistencia técnica, procesos innovadores (Pilotos), etc.

Cada año se lleva a cabo una revisión, conjunta Nación-Provincia, de los avances en la implementación de los Proyectos Provinciales. Esta revisión permite evaluar y, en el caso que sea necesario, ajustar mediante adendas al Compromiso de Gestión los planes de trabajo para el año, los cuales se presentan para la No Objeción del BID.

## b. Plan Nacer

La implementación del Proyecto se efectuó en dos fases las que se encuentran financiadas por convenios de préstamo celebrados por el Gobierno Argentino con el Banco Mundial. (Préstamos BIRF N° 7225-AR y N° 7409-AR).

La primera de ellas se inició en el año 2005 en las provincias pertenecientes a las regiones del NOA y NEA, por tratarse de jurisdicciones que presentaban los índices más desfavorables de morbi-mortalidad materna e infantil. Luego, en mayo de 2007, se dio comienzo a la segunda fase que incluye a todas las restantes provincias argentinas y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Desde el año 2008, el Plan Nacer se encuentra implementado en todo el territorio argentino.

El propósito central del Plan es contribuir a la creación y desarrollo de Seguros Públicos y Provinciales de Salud Materno-Infantil (SMIP) que permita garantizar desde una perspectiva de “equidad”, las mejores condiciones de acceso de la población objetivo a un paquete básico de prestaciones seleccionadas por su relevancia en el cuidado de la salud de dicha población.

De este modo, los objetivos de desarrollo del proyecto se resumen en lo siguiente:

- i) incrementar el acceso a la población pobre a servicios de salud esenciales, contribuyendo a reducir la tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad materna;
- ii) fortalecer la estructura de incentivo para la eficiencia entre las provincias y prestadores a través de reformas significativas de financiamiento. Ello, a través de transferencias, ambulancias, instrumental y equipamiento médico para efectores del PN, consultorías, capacitación, talleres, etc.

A través de este Plan el Gobierno Nacional financia una serie de actividades para el desarrollo de SMIP, en un marco de interacción con los Gobiernos Provinciales. En el Plan existen cuatro actores principales: la Nación, las Provincias, los prestadores y los beneficiarios.

## Transferencias a Provincias

El principal instrumento para el funcionamiento SMIP son las transferencias que la Nación efectúa a las Provincias adheridas. A este tipo de transferencias, se las denomina “transferencias capitadas”, dado que son determinadas en función del número de beneficiarios elegibles que cada Provincia inscribe en su seguro materno infantil multiplicado por un valor de la cápita, establecido como una fracción del costo de la atención a la población objetivo. El monto per cápita base es uniforme para todas las Provincias adheridas y su valor inicial fue de 12 pesos mensuales por beneficiario elegible inscripto. Este valor inicial se revisa anualmente por el Ministerio de Salud Nación y el Banco. De este modo, el Plan Nacer no solamente persigue objetivos sanitarios sino que también apunta a instalar un sistema de gestión vía aseguramiento basado en el pago de una parte de la transferencia por la cobertura de los seguros provinciales y otra parte en función de los resultados.

Éstas transferencias se componen de dos partes: **(a) las transferencias mensuales** (que representan el 60% del valor base) y se giran en forma automática a las Provincias, sin más requerimiento que una presentación formal del padrón de beneficiarios actualizado; **(b) las transferencias complementarias**, las cuales se giran cuatrimestralmente. Esta última transferencia es equivalente al 40% de la sumatoria de las transferencias mensuales base de los últimos cuatro meses multiplicada por un coeficiente que refleja el cumplimiento de diez metas preestablecidas de variables de control (denominadas “trazadoras”).

A su vez, otra característica adicional de este esquema de financiamiento es la tendencia decreciente de las “transferencias capitadas”. Es decir, durante los primeros tres años de implementación se financia el 100% del monto per cápita base; para luego ir disminuyendo gradualmente hasta que finalmente en el sexto año cesan las transferencias a la Provincia. De esta manera, a medida que se reduce el financiamiento, la Provincia se compromete a financiar con fondos propios el porcentaje restante sobre el 100% de la cápita base (co-financiamiento).

Por último, y en relación a la liquidación de las Transferencias Capitadas, se debe destacar que el Equipo Nacional de Compra de Servicios de Salud (ENCSS) se encarga de aplicar las penalidades y/o sanciones respectivas ante la detección por sí o a través de la Auditoría Concurrente Externa (ACE) o Auditoría Financiera, que la Provincia Participante ha incurrido en errores o ha cometido alguna infracción a las normas del Proyecto.

## Pago por resultados

La Modalidad de Financiamiento basado en Resultados por parte del Plan Nacer se realiza mediante un sistema de transferencias financieras de la Nación a las Provincias basado en el cumplimiento de metas sanitarias medidas sobre la base de trazadoras, genera el envío de mayores recursos financieros a las Provincias en función de los mejores resultados alcanzados.

Específicamente, las trazadoras son indicadores que han sido diseñadas para rastrear la eficacia del conjunto de prestaciones (evaluación técnica), el desempeño del sistema de prestación del servicio y el pago por capitación para la respectiva provincia. Metodológicamente, estas transferencias se desembolsan en función del cumplimiento de metas mínimas, intermedias y máximas que cada provincia debe cumplir por trazadora. Cada uno de estos valores representa una retribución económica dependiendo del logro sanitario. A medida que se avanza en la implementación del esquema las metas mínimas establecidas se irán ajustando de manera que sean cada vez más cercanas a la meta máxima.

Como condición, se establece que cuando la Provincia no haya alcanzado la meta mínima de cumplimiento vigente, en al menos cuatro de las diez trazadoras durante tres cuatrimestres consecutivos, la Nación podrá rescindir el Convenio Marco de Participación suscripto.



Este mecanismo de desembolso es un rasgo positivo del sistema de transferencias del Plan Nacer dado que permite controlar los resultados y establecer premios y castigos en base al grado de cumplimiento de las metas. Además, este mecanismo también permite monitorear la evolución del Proyecto y desarrollo del SMIP en términos del efecto de la disminución de la morbi-mortalidad materna e infantil.

Es decir, estos indicadores son un mecanismo de supervisión y monitoreo permanente y eficaz que genera datos a nivel región, provincia, departamento y efector; y que además posibilita un seguimiento nominalizado de la atención que recibe la población bajo programa.

Las transferencias que reciben las Provincias pueden emplearse exclusivamente para comprar prestaciones que se especifican en un Nomenclador de 71 prácticas, con lo que se pretende que los recursos lleguen directamente a los proveedores de los servicios.

### c. Proyecto de Funciones Esenciales de Salud Pública I - FESP I

El Proyecto FESP tiene como objetivo general reducir la exposición de la población a los principales factores de riesgo asociados con la salud, mejorar el ambiente regulatorio y el rol de rectoría del MSN y los MSP e incrementar la cobertura *de diez (10) programas priorizados* de salud pública. La fecha de finalización de este Proyecto es el 31 de diciembre de 2012.

El mismo realiza las transferencias a las provincias a través del Componente 3 de Actividades de Salud Pública (ASP). Este Componente tiene como objetivo principal implementar y fortalecer las funciones y los Programas priorizados, a través de la expansión de la cobertura de ASP asegurando la equidad y la calidad a nivel provincial, según un modelo de financiamiento basado en resultados.

Para el logro de este objetivo, dicho modelo ejecuta reembolsos a las provincias por la realización de ASP de acuerdo a los costos reembolsables (CR) estipulados para cada una de ellas.

Las ASP han sido definidas como actividades claves, científicamente efectivas y eficientes, costo-efectivas, con un costo medible, estandarizado y justificable. Para cada provincia y para cada una de las ASP se ha establecido una brecha que determina la cantidad máxima de ASP que podrá realizar por período y estarán reflejadas en el Compromiso Anual de Gestión.

Esta brecha surge de la diferencia entre la cantidad inicial (antes del proyecto) y una cantidad deseable u óptima (calculada según criterios demográficos, epidemiológicos y sanitarios proporcionados por cada provincia) a realizar de cada ASP.

El Proyecto reembolsa a las provincias sólo una proporción de los costos operativos, denominados Costos Reembolsables (CR). **Estos CR son aquellos originados en los gastos de ejecución de las ASP, de los que se excluyen los recursos humanos provinciales y los insumos y bienes provinciales así como los aportados por el MSN.** El valor de los CR de cada ASP es único para todo el país.

El monto total de Recursos Disponibles (RD) que cada provincia tendrá para cada periodo del Proyecto surge del producto de las brechas, para cada ASP, por su CR respectivo. **Los RD no utilizados en un período no pueden ser sumados a los RD del período siguiente.**

### Adelanto de Fondos a Provincias

A los fines de impulsar el inicio de la ejecución del Componente 3, el MSN otorga un adelanto de fondos a las provincias que se efectiviza en hasta dos cuotas y según el cumplimiento de las condiciones que se detallan en los puntos siguientes.

El adelanto de fondos para cada Provincia es un porcentaje de los RD estimados para el período comprendido entre el momento en que la Provincia se haya convertido en Provincia Participante y el 31/12/2007.

Primera Cuota: la Provincia que se haya convertido en Provincia Participante dentro de los 90 días de publicado en el Boletín Oficial de la Nación el Decreto por el cual se aprueba el Convenio de Préstamo con el BIRF para la financiación del presente Proyecto, tendrá derecho a solicitar la primera cuota del adelanto de fondos, equivalente al 12,5% de los RD estimados como se describe en el punto inmediato anterior. Esta primera cuota podrá realizarse con fondos del BIRF o con fondos propios del MSN.

Esta cuota del adelanto de fondos deberá ser solicitada por la Provincia y, en el caso de realizarse con fondos del BIRF, será efectivizada por la UC al Ministerio de Salud Provincial (MSP) luego de la contratación de los AEC.

Segunda Cuota: será calculada del mismo modo que la Primera y solicitada por la Provincia. Esta segunda cuota será efectivizada por la UC al MSP durante el segundo trimestre de ejecución del Proyecto siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- a) Que la Provincia hubiere presentado a la UC los Informes de Avance mensuales dando cuenta de una ejecución de las ASP por un valor no menor al 50% del monto total transferido en la primera cuota del adelanto de fondos y la Declaración Jurada correspondiente de conformidad a lo establecido en el presente Manual y en el Reglamento Operativo.
- b) Que la presentación referida en el punto anterior haya sido efectuada dentro del primer mes del segundo trimestre posterior a que la Provincia se haya convertido en Provincia Participante.

Los fondos adelantados serán restituidos al MSN a través de retenciones que realizará la UC sobre el total de reembolsos que corresponda efectuar al MSP, a partir del tercer trimestre de ejecución del Proyecto y durante 6 (seis) trimestres consecutivos, de acuerdo al siguiente esquema:

| TRIMESTRE | CUOTA / % RESTITUCIÓN                                       |
|-----------|---|
| 3         | Cuota 1 de 6 del adelanto total (8% o hasta donde alcance)  |
| 4         | Cuota 2 de 6 del adelanto total (12% o hasta donde alcance) |
| 5         | Cuota 3 de 6 del adelanto total (15% o hasta donde alcance) |
| 6         | Cuota 4 de 6 del adelanto total (18% o hasta donde alcance) |
| 7         | Cuota 5 de 6 del adelanto total (22% o hasta donde alcance) |
| 8         | Cuota 6 de 6 del adelanto total (resto del adelanto)        |

Si los reembolsos que corresponda realizar al MSP por ASP ejecutadas correctamente en cada uno de los trimestres mencionados, resultaran insuficientes para cubrir el porcentaje del adelanto de fondos que debiera ser restituido, la UC se reserva el derecho de restringir la cuota parte del Componente I B del Proyecto disponible para la provincia, en la misma proporción.

#### Ajuste de la disponibilidad de fondos en función del grado de cumplimiento de metas

El grado de cumplimiento de las metas acordadas para los cuatro indicadores de medio término condiciona los recursos disponibles - RD - de cada provincia para los períodos 3 y 4 del Proyecto.

Debido a los ciclos de generación de información, los ajustes en los reembolsos por no cumplimiento de las metas de los indicadores acordados, se implementan luego de finalizado

el primer semestre del período 3 del Proyecto. Esto determina el siguiente esquema de RD para los periodos de ejecución del componente tres:

- Períodos 1 y 2: no condicionados a resultados. Corresponde el 100% de los RD potenciales de los mismos periodos.
- Período 3 - 1er. Semestre: no condicionado a resultados. Corresponde el 50 % de los RD potenciales del tercer periodo anual de ejecución del componente tres.
- Período 3 - 2do. Semestre: Condicionado resultado. Corresponde el 50% de los RD potenciales del tercer periodo anual de ejecución del componente tres, ajustados por cumplimiento de indicadores, según la primer evaluación de medio término.
- Período 4 - 1er. Semestre: condicionado a resultados. Corresponde el 50% de los RD potenciales del cuarto periodo anual de ejecución del componente tres, ajustados por cumplimiento de indicadores.
- Período 4 - 2do. Semestre: condicionado a resultados. Corresponde el 50% de los RD potenciales del cuarto periodo anual de ejecución del componente tres, ajustados por cumplimiento de indicadores, según la segunda evaluación de medio término realizada al fin del período 3.

El cumplimiento de dichas metas es evaluado por el MSN y auditado por la AEC.

Los indicadores a evaluar son idénticos para todas las Provincias participantes pero, al inicio de cada período, la Nación y cada Provincia acordarán metas específicas para cada uno de ellos y las reflejarán en los correspondientes Compromisos de Gestión Anual.

Cada indicador tiene un peso relativo del 25%. En el caso que el indicador este conformado por uno o más sub indicadores, todos ellos deben haberse alcanzado para considerar cumplido el indicador. Los RD serán ajustados por cumplimiento de metas de acuerdo al siguiente esquema para la ejecución de ASP hasta el fin de la ejecución del componente tres:

- Si alcanzó las metas acordadas para cada uno de los 4 indicadores de medio término, la Provincia podrá disponer del monto máximo de los RD.
- Si la provincia alcanzó las metas de 3 indicadores de medio término, podrá recibir hasta el 75% del monto máximo de los RD para el período siguiente.
- Si la provincia alcanzó las metas de 2 indicadores de medio término, podrá recibir hasta el 50% del monto máximo de los RD para el período siguiente.
- Si la provincia alcanzó la meta de 1 indicador de medio término, podrá recibir hasta el 25% del monto máximo de los RD durante el período siguiente.
- Si la provincia no alcanza ninguna meta, perderá la posibilidad de recibir reembolsos por ASP.

No obstante, si en la segunda evaluación de medio término realizada al fin del período 3 la provincia cumple con las metas de medio término establecidas, y este cumplimiento es verificado por la AEC, podrá recuperar la posibilidad de solicitar reembolsos por ASP a partir del segundo semestre del cuarto periodo de ejecución anual del componente tres.

#### **d. Proyecto de Funciones Esenciales de Salud Pública II - FESP II**

El Proyecto FESP II tiene por objetivo reducir la exposición de la población a factores de riesgo seleccionados asociados con enfermedades no transmisibles mediante el fortalecimiento de la función de rectoría en salud pública. Para ello busca aumentar la cobertura, gobernanza, eficiencia e infraestructura de salud pública de *siete programas federales de salud pública seleccionados* y las 11 funciones esenciales.

El FESP II ha sido diseñado sobre la base de la experiencia del FESP I e implica una ampliación del proceso de pagos por resultados. Dicho Proyecto se encuentra efectivo desde el 3 de agosto de 2011 y su fecha de finalización es el 30 de junio de 2016.

Los mecanismos de transferencias a Provincias contemplan:

- reembolsos en base a actividades realizadas (outputs)
- cápitas en base al padrón del Programa Incluir Salud

Estos mecanismos están previstos en el marco de la ejecución del *Componente 2 de Mejora en los resultados de los programas de salud pública seleccionados a nivel provincial*. El mismo está orientado a alcanzar resultados sanitarios en los siete programas seleccionados, a nivel provincial y a nivel municipal.

### Actividades de Salud Pública

A través *Sub-componente 2.1. Financiamiento de resultados basados en outputs (ASP)* en las provincias se busca apoyar el logro de resultados sanitarios intermedios a nivel provincial y municipal mediante incentivos a los programas seleccionados existentes en la actualidad o en el futuro, a través del reembolso de una parte del costo invertido por las provincias/municipios para el desarrollo de ASP seleccionadas para el fortalecimiento de programas y/o funciones esenciales de salud pública.

Las ASP emulan el mecanismo de financiación basada en resultados y el sistema de incentivos del gobierno nacional argentino introducido a través de FESP I. El MSN suministra financiamiento a las provincias y estas, a su vez, a los municipios, para cubrir una parte de los costos operativos que conforman una matriz de costos operativos de las ASP.

A los fines de los reembolsos, las provincias suministran una lista de las ASP ejecutadas al MSN (Ej. el número de nodos de vigilancia instalados, Monitoreo de Plan estratégico de Promoción, Diagnóstico y plan estratégico y operacional provincial de la enfermedad de Chagas, etc.).

Para cada provincia y para cada una de las ASP se ha establecido una brecha que determina la cantidad máxima de ASP que se podrá realizar en cada jurisdicción y período. Tal como en el caso del FESP I, los criterios para la ejecución de las ASP están definidos en los protocolos elaborados para cada una de ellas.

Las ASPs ejecutadas por las provincias son verificadas regularmente por una auditoría técnica externa, no pudiendo la UC realizar reembolsos a las Provincias hasta no contar con el reporte favorable del Auditor Técnico.

Durante los primeros dos años, un porcentaje de los recursos disponibles sería asignado para cubrir hasta el 50% de los costos de ASP. Con posterioridad a la evaluación parcial realizada en la mitad del periodo, la asignación se podrá aumentar hasta cubrir el 80 por ciento del costo en aquellas provincias que hayan alcanzado los indicadores de medio término. Es decir, en caso de no cumplimiento del grupo de indicadores de medio término del Componente 2.1 establecidos en los Convenios Marcos, las provincias mantendrán el porcentaje inicial del 50%.

Los reembolsos a efectuar por la UC son depositados en la Cuenta bancaria del MSP establecida e informada para tales fines por el MSP a la UC - FESP y UFI-S.

Se han diseñado ASP de ejecución Municipal, para todos aquellos municipios adheridos al Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables, en esos casos las provincias deben transferir el monto reembolsado de dichas actividades a los Municipios que las han generado.

La Provincia efectúa los reembolsos a los Municipios en conformidad a las ASP municipales ejecutadas por los mismos y en el marco de los Compromisos Municipales de Gestión Anual, previa aprobación de la Auditoría Externa Concurrente. El reembolso a realizar por la Provincia al Municipio corresponda al valor de las ASP municipales ejecutadas y hasta la cantidad máxima total establecida para cada ASP para la jurisdicción.

Con el fin de identificar la relación entre los reembolsos que genera la ejecución de las ASPs en las provincias, de acuerdo a los Compromisos Provinciales de Gestión Anual, y la utilización de fondos que estas realizan en el marco de las funciones esenciales, grupos de enfermedades y programas de salud seleccionados, cada provincia debe remitir a la UC reportes semestrales de las inversiones realizadas a través del subcomponente 2.1.

Cada 24 meses se prevé la realización de una revisión integral de las ASP que comprenda, la relevancia de la lista de outputs y sus costos, así como su performance. Luego de la misma, la lista de ASP - y sus costos operativos a reembolsar-, puede ser actualizada total o parcialmente previa No Objeción del BIRF. Más allá de la revisión comprehensiva de los 24 meses, el Proyecto puede proponer al Banco una revisión de las ASP y sus costos operativos, en el momento que lo considere pertinente.

El auditor técnico externo, debe emitir un informe sobre la relevancia de los costos operativos, al menos de manera anual o cada vez que sea solicitada su modificación por parte de la UCP.

Tal como está previsto en el FESP I, existen metas acordadas para los indicadores del Sub-Componente 2.1. El grado de cumplimiento de las mismas influye sobre la posibilidad de aumentar el porcentaje de Recursos Disponibles a utilizar.

### Cápitais

A través Sub-componente 2.2 del FESP II, se prevé mejorar la eficiencia y el desempeño del Programa Federal de Salud "INCLUIR SALUD". Dicho Programa es considerado como un servicio privado esencial en materia de salud. Sin embargo, PROFE apunta a los grupos más vulnerables que incluyen mujeres con siete o más hijos, discapacitados y adultos mayores de 70 años de edad sin ingresos por seguro social. En el marco del Proyecto propuesto, PROFE sustenta, entre otras reformas, la creación de una carta de derechos para la mujer para asegurar que las mismas tengan conocimiento de su derecho a la cobertura de salud.

Se espera que este sub-componente contribuya, en el mediano plazo, a la financiación sustentable del INCLUIR SALUD, con la introducción de la atención gerenciada para las ENTs, medidas explícitas de contención de costos y la optimización de los resultados sanitarios a través de:

- (a) la planificación del presupuesto de los pagos por capitación basados en costos actuariales, tales como mecanismos de seguro en forma de una prima per cápita para cada beneficiario admisible de INCLUIR SALUD que participan en el programa;
- (b) la modernización de la nómina administrativa de beneficiarios mediante la vinculación de la misma con el sistema de información de atención de la salud;
- (c) la utilización de mecanismos de optimización para la compra de servicios de atención de la salud para las enfermedades de alto costo y baja incidencia y otras incapacidades;
- (d) la introducción en el programa de un sistema de gobernanza clínica, incluyendo un nuevo mecanismo de pago por paciente de alto costo y baja incidencia, y
- (e) la introducción de servicios estandarizados de promoción de la salud y prevención para los beneficiarios de PROFE y de pagos por desempeño.

El Programa INCLUIR SALUD es un sistema de aseguramiento público del acceso a los servicios de salud, de los beneficiarios de pensiones no contributivas, a través de los gobiernos de las respectivas jurisdicciones donde éstos residen.

Prioriza la atención de enfermedades de Alto Costo y Baja Incidencia, entendiendo que éstas representan un alto costo para los organismos financiadores. Las seleccionadas son: enfermedad renal crónica, enfermedad de Gaucher y Hemofilia.

Promueve el cuidado de la salud de los beneficiarios y la prevención primaria de la salud a través de la detección temprana de patologías crónicas prevalentes, tales como hipertensión y diabetes.

## Beneficiarios

Se ha definido como beneficiario elegible para el proyecto FESP II a los titulares y adherentes que reciben prestaciones de salud a través del Programa INCLUIR SALUD, en convenio con las provincias, de acuerdo a la Ley 24.938 con origen en: (i) mujeres con siete o más hijos (Ley 23.746), (ii) personas con discapacidades (Ley 18.910) y (iii) tercera edad sin sistema previsional contributivo (Ley 13.478), cuyo beneficio de ingresos ha sido tramitado a través de la Comisión Nacional de Pensiones y que se haya verificado que no tienen cobertura explícita del sistema de salud, a través de un cruzamiento de padrones con el SINTyS. No se incluyen beneficiarios de pensiones graciables ni beneficiarios que reciben prestaciones a través del INSSJP.

El cálculo de la cápita base fue realizada a partir del análisis del padrón. Se ha incluido: (i) cápita básica transferida a las provincias; y (ii) el fondo de redistribución de alto costo y baja incidencia (PACBI).

La cápita mensual ha sido estimada en USD 12.75. El Proyecto financiará parcialmente la cápita para los tres grupos poblacionales vulnerables en un monto que refleje el costo de capitación de PROFE en base decreciente y en forma vinculada con la cápita mensual de ejecución y a las mejoras en la gestión del Programa.

Anualmente se presentará un estudio sobre evolución de la cápita que demuestre que se cumplen los porcentajes de financiación, y será revisado en el segundo año como producto de una revisión de los costos actuariales. Además, en el segundo año se revisaría el monto de las sub-primas a ser asignadas a INCLUIR SALUD por el MEFP así como el monto de las primas de seguro a ser transferido por dicho Programa a las Provincias.

Para establecer los incentivos correctos con el fin de mejorar la eficiencia y el desempeño del programa INCLUIR SALUD, la prima per cápita se desembolsa de acuerdo a un cronograma definido:

- (a) durante el período inicial de seis meses después de la fecha de vigencia del préstamo se realizarían adelantos equivalentes al 100 por ciento de la prima per cápita en base al número de beneficiarios admisibles inscriptos en el programa;
- (b) en los dos años siguientes, el flujo de fondos para la capitación sería del 50 por ciento por cada beneficiario admisible inscripto y 50 por ciento una vez comprobado el cumplimiento por parte del Prestatario con los indicadores de rendimiento convenidos; y
- (c) en el último año del Proyecto, se desembolsaría el 20 por ciento de los pagos de capitación por cada beneficiario admisible inscripto y el 80 por ciento restante después de cumplimiento por parte del Prestatario con los indicadores de rendimiento convenidos.

Los indicadores convenidos se estipulan en los Acuerdos Anuales de Rendimiento y el Manual de Operaciones. Tanto la inscripción de beneficiarios como los indicadores de desempeño serán auditados por auditorías técnicas externas. El auditor certificará el monto de la prima a pagar por el Banco cada semestre sobre la base de inscripciones.

Para el segundo semestre (el primer semestre se considera un adelanto), el Banco financiará la cápita sólo después de que la verificación técnica externa haya confirmado el número de beneficiarios inscriptos en padrón. A partir el tercer semestre, la auditoría técnica también verificará que se han cumplido todos los indicadores de desempeño y que la provincia cumple con todas las cláusulas de financiación definidas en el Manual de Operaciones.

Con el propósito de viabilizar adecuadamente el financiamiento de la asistencia técnica y garantizar niveles de calidad adecuados del Programa Incluir Salud, se ha definido una matriz de verificación de los indicadores de desembolso a los fines de establecer una herramienta que contribuya a garantizar la efectiva realización de las acciones definidas en los indicadores. Dicha matriz está relacionada con el cumplimiento de la primera etapa de implementación del Programa Incluir Salud dentro del Proyecto.

La certificación de estas acciones estará a cargo de una auditoría externa, quien será la encargada de verificar los criterios de cumplimiento de los indicadores de desembolso conforme a la documentación respaldatoria existente.

### III. Proyectos próximos a implementarse

#### a. Programa de Atención Primaria de la Salud para el manejo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (BID 1142 OC/AR)

##### Proyectos Provinciales

De acuerdo a la experiencia en la implementación de los Proyectos Provinciales en el Remediar + Redes, se debe explicitar que los mismos enfrentan importantes problemas en su ejecución debido a problemas de diseño y a déficits en la capacidad de gestión de las jurisdicciones. A nivel de diseño, el Censo de 2011 demostró una sobreestimación considerable de la población sin cobertura de salud al momento de la aprobación del FEAPS. Asimismo, la experiencia internacional, inclusive en países desarrollados, hizo ver que las metas de clasificación y seguimiento de la población con RCG que implícitamente se exigía a las provincias eran inviables. Por otro lado, la ejecución de la fase piloto de Redes expuso dificultades de los servicios de atención primaria para alcanzar a la población varonil, con menor tradición de uso de dichos servicios y mayores restricciones para acceder a ellos, relacionadas con su participación en el mercado laboral. Alcanzar a esta población es particularmente crítico para el logro de las metas de desarrollo del programa debido a su mayor prevalencia de RCG. Estas dificultades devinieron en metas incumplibles para las provincias, lo cual generó un círculo vicioso de desfinanciamiento de las inversiones necesarias para cumplirlas.

Durante la ejecución del programa se han tomado medidas para corregir los problemas de diseño de Redes. En particular, se ajustaron las metas a ser cumplidas por las provincias y se flexibilizó su esquema de desembolsos, pasando de un esquema de reconocimiento de gastos a uno de anticipos. Esto ha acelerado el ritmo de ejecución de los Proyectos Provinciales y el proceso de empadronamiento y clasificación de la población. Es probable que la meta del FEAPS de iniciar la ejecución de al menos 18 Proyectos Provinciales (de 24 posibles) se alcance al finalizar este año. Sin embargo, se estima que no se logrará el seguimiento continuo de un número significativo de pacientes crónicos.

Esta nueva operación y su segunda fase, además de generar incentivos adicionales para el cumplimiento de las metas del FEAPS, le darán sostenibilidad a las inversiones ya realizadas y permitirán expandir la cobertura de la población atendida.

##### Provincias elegibles

Las provincias que alcancen 60% y 40% de sus metas actuales de empadronamiento y clasificación, respectivamente, podrán pasar a una segunda fase de 18 meses, con financiamiento del AR L1142. Durante este periodo: (i) seguirán recibiendo desembolsos por cumplir con el remanente de sus metas de clasificación y seguimiento originales; (ii) tendrán financiamiento para extender la base poblacional de Redes a 40% de la población; (iii)

recibirán financiamiento continuo para el seguimiento de pacientes crónicos, tanto de su proyecto original como para los que sean identificados en la expansión de Redes; y (iv) los CAPS que participen en el proyecto expandido de Redes serán elegibles para la fase piloto de entrega de nuevos medicamentos.

Las provincias que al finalizar los 18 meses de su fase de expansión alcancen 90% y 60% de sus metas de empadronamiento y clasificación, respectivamente, sobre la base poblacional de 40%, serían elegibles para pasar a la segunda fase de esta operación.

Del mismo modo que en el Remediar+Redes, para el financiamiento del Proyecto Provincial existirá un: **Fondo de Reembolso**. Destinado al reembolso de las actividades de captación, nominalización y preclasificación de la Población de la red, Evaluación / Clasificación y seguimiento de personas con Hipertensión Arterial (HTA) y la Diabetes Mellitus tipo 2 con Riesgo cardiovascular Global (RCVG) mayor al 10%. **Fondo de Incentivos**. Destinado a ser liberado en forma proporcional a los resultados obtenidos, medidos por el grado de cumplimiento de determinados indicadores que serán establecidos en el Reglamento Operativo.

### Transferencias a Provincias

El financiamiento asignado a cada provincia se distribuirán en dos fondos: (i) un reembolso unitario para empadronamiento, clasificación y seguimiento; y (ii) un fondo de incentivos por cumplimiento de un set de indicadores. Para lo cual se mantendrá como esquema inicial el establecido en el Reglamento Operativo del Préstamo BID 1903 OC-AR.

#### b. Programa SUMAR

El gobierno nacional ha reconocido la exitosa implementación del Plan Nacer y ha decidido expandir el modelo de gestión del mismo a fin de garantizar una cobertura efectiva de la salud de nuevos grupos poblacionales adicionando prácticas de diversa complejidad de alto impacto potencial en la reducción de las causas de morbi-mortalidad que afectan a los mismos. Al igual que el Plan Nacer, el Programa SUMAR busca profundizar el acceso y el ejercicio de los derechos de la salud. Se prevé su finalización el 31 de diciembre de 2015.

Para ello, la Nación transfiere recursos a las provincias en función de la inscripción y nominalización de la población objetivo, y a partir de los resultados de cobertura efectiva y la calidad de atención brindada por los establecimientos públicos que integran los sistemas provinciales de salud.

Las transferencias a Provincias se encuentran en el marco del Componente 1 de Apoyo a los SPS. Este componente incluye el financiamiento para asegurar los pagos por capitación a ser realizados, de manera decreciente, por el MSN a las provincias participantes.

Estas transferencias tienen como objetivo cubrir una parte del costo de aseguramiento del conjunto de prestaciones sanitarias para la población elegible definidas en el Plan de Servicios de Salud. El acceso a estas prestaciones contribuirá a la extensión de la cobertura y al logro de una serie de resultados sanitarios sobre una base de financiamiento per cápita. Los resultados deben ser monitoreados mediante el uso de sistemas de información y protocolos de supervisión específicos, y verificados por un auditor concurrente independiente.

A los efectos de determinar las transferencias para una Provincia participante la UEC calculará mensualmente la transferencia capitada definida como el producto de un Monto per cápita base por el número de Beneficiarios que revistan la condición de “beneficiarios con cobertura efectiva básica”.



El Monto per cápita base es uniforme para todas las Provincias participantes y su valor será equivalente a la suma de los valores que se establezcan para el financiamiento de los distintos conjuntos de prestaciones priorizadas destinados a los grupos poblacionales que integren la población elegible del SPS.

El Plan de Servicios de Salud del Proyecto ha priorizado inicialmente los conjuntos de prestaciones que a continuación se detallan:

N° 1- Servicios Preventivos y Generales de Salud

N° 2- Servicios de Salud por Enfermedades Catastróficas

Durante la vigencia del Proyecto la Nación, en acuerdo con el Banco, podrá definir nuevos servicios de salud a ser financiados por el mismo.

Los valores que se establezcan para el financiamiento del aseguramiento a cada uno de los conjuntos de prestaciones priorizadas serán revisados anualmente por el MSN en forma conjunta con el Banco y se decidirá si es necesaria una modificación de dichos montos.

El financiamiento del aseguramiento de acceso a los servicios de salud que forman parte del Conjunto de Prestaciones Nro. 2 (enfermedades catastróficas) se regirá por las disposiciones establecidas en el Reglamento Operativo, y entrará en vigencia para el financiamiento del Proyecto una vez finalizada la ejecución del Préstamo BIRF 7409-AR (PISMIP).

Mensualmente, la UEC girará a las Provincias participantes el 60% de la Transferencia Capitada, denominada Transferencia Mensual Base.

Cuatrimstralmente, la Nación girará a la Provincia participante, adicionalmente, una Transferencia Complementaria Cuatrimstral que se calculará como una proporción de un Monto Básico equivalente al 40% de la sumatoria de las Transferencias Capitadas de los cuatro últimos meses.

En virtud de lo expresado, la liquidación de las Transferencias Complementarias Cuatrimstrales respecto del Monto Básico se realizará de acuerdo a un esquema de Liquidación Flexible. Bajo este esquema se realizará el cálculo de las Transferencias Complementarias Cuatrimstrales de acuerdo con las siguientes normas:

1) Para cada trazadora, la UEC determina, en acuerdo con el Banco, un umbral mínimo, e intermedio y una meta máxima. Cada uno de estos valores representa un umbral cuyo alcance por la Provincia determina una retribución económica determinada. Los umbrales y metas serán incluidos en los Compromisos Anuales suscriptos entre la UEC y las provincias, pudiendo ser modificados unilateralmente por la UEC en acuerdo con el Banco, debiendo esa decisión ser comunicada con antelación a las provincias participantes del Proyecto.

2) Si el logro sanitario alcanzado en un cuatrimestre por la Provincia se ubica por debajo de la meta mínima de cumplimiento, ésta recibirá 0% por esa trazadora. Si el logro sanitario alcanzado se encuentra entre el umbral mínimo y la meta máxima, la provincia recibirá la retribución prevista.

Los umbrales que se establezcan serán revisados a medida que se avance en la implementación del esquema tendiendo a que los mínimos e intermedios sean cada vez más cercanos a la meta máxima.

Cuando la Provincia **no haya alcanzado durante tres cuatrimestres consecutivos** el umbral mínimo de retribución vigente en al menos 5 trazadoras de la matriz, la Nación podrá suspender las transferencias capitadas a dicha jurisdicción.

No obstante lo establecido más arriba, las transferencias capitadas que correspondan al Período de Gracia de las Transferencias Complementarias Cuatrimstrales (entendiendo por tal al período de hasta (8) ocho meses posteriores a la fecha de efectividad del préstamo)

serán remitidas a la provincia en un 100%, sin considerarse, en este caso, la Transferencia Complementaria Cuatrimestral.

Al inicio del Proyecto las transferencias capitadas se calcularán sobre el cien por ciento (100%) del Monto per cápita base. A partir del segundo año, la Nación establecerá un esquema de financiamiento decreciente del Monto per cápita base en donde las transferencias capitadas deberán ser co-financiadas por las Provincias.

Durante la vigencia del Proyecto, el financiamiento de la Nación con fuente BIRF nunca será inferior al 70% del monto per cápita base, con fuente BIRF.

Respecto del uso de las transferencias capitadas, la Provincia participante es responsable, a través de la UGSP, de asignar los fondos transferidos con las finalidades y restricciones previstas en el Convenio Marco y en el Reglamento Operativo.

En particular en el caso de las transferencias capitadas los fondos recibidos por las Provincias Participantes podrán sufragar exclusivamente gastos por prestaciones elegibles a los Prestadores habilitados (sean estos públicos o privados) y que garanticen que todos los beneficiarios reciban las prácticas nomencladas de acuerdo con las condiciones técnicas y de calidad vigentes .

## Anexo I. Matriz: Esquema de Incentivos y uso de Fondos por las provincias

| PROYECTO                           | POBLACIÓN OBJETIVO   | COMPONENTE                               | MECANISMO DE TRANSFERENCIA                     | FRECUENCIA DE LIQUIDACIÓN | HITO PARA LA TRANSFERENCIA         | USO DE FONDOS   | OBSERVACIONES  |
|------------------------------------|--|--|--|---------------------------|------------------------------------|---|--|
| <b>Proyectos en implementación</b> |  |  |  |                           |                                    |   |  |
| <b>REMIEDIAR + REDES</b>           | Mujeres y Hombres de 6 a 64 años con cobertura exclusiva pública                     | Implementación de Proyectos Provinciales | Fondo de Reembolso                             | Cuatrimestral             | Empadronamiento                    | Asistencia técnica; Incentivos al personal, que no podrá exceder el 50% de los fondos de cada año; Mejora de los sistemas de información y seguimiento para la distribución de insumos, etc. Infraestructura (obras menores), Mantenimiento de edificios y equipos; Provisión de equipamiento; Desarrollo de acciones extramuros, de prevención de enfermedades y de promoción de la salud. |  |
|                                    |  |  |  |                           | Clasificación                      |   |  |
|                                    |  |  |  |                           | Seguimiento                        |   |  |
|                                    |  |  | Fondo de Incentivo (por cumplimiento de metas) |                           | Cumplimiento de set de Indicadores |   |  |
| <b>PLAN NACER</b>                  | Niños y niñas hasta 6 años, embarazadas y puérperas sin cobertura explícita en salud | Financiamiento de los Servicios del SMIP | Transferencia Mensual (60%)                    | Mensual                   | Beneficiario inscripto             | Compra de prestaciones (Nomenclador de 71 prácticas). Se puede utilizar hasta el 50% de lo cobrado para estímulos al personal mientras que el resto lo pueden gastar en insumos, equipamiento e inversiones a criterio del prestador.   | Esquema de financiamiento decreciente: Las Transferencias Capitadas deberán ser co-financiadas por las Provincias. |
|                                    |  |  | Transferencia Complementaria (40%)             | Cuatrimestral             | Cumplimiento de Trazadoras         |   |  |
| <b>FESP I</b>                      | Población con cobertura exclusiva pública en las provincias                          | Actividades de Salud Pública (ASPs)      | Reembolso de ASPs                              | Trimestral                | ASP realizada                      | Utilización de fondos en el marco de las funciones esenciales, grupos de enfermedades y programas   |  |

| PROYECTO                                  | POBLACIÓN OBJETIVO  | COMPONENTE   | MECANISMO DE TRANSFERENCIA         | FRECUENCIA DE LIQUIDACIÓN | HITO PARA LA TRANSFERENCIA    | USO DE FONDOS   | OBSERVACIONES   |
|---|---|--|------------------------------------|---------------------------|-------------------------------|---|---|
|   | beneficiarias   |  |                                    |                           |                               | de salud seleccionados.   |   |
| FESP II                                   | Población con cobertura exclusiva pública en las provincias beneficiarias           | Mejora en los resultados de los Programas de SP seleccionados a nivel provincial | Reembolso de ASPs                  | Trimestral                | ASP realizada                 | Utilización de fondos en el marco de las funciones esenciales, grupos de enfermedades y programas de salud seleccionados.   | Durante los primeros 6 meses se realizan adelantos por el 100% de la prima per cápita en base al número de inscriptos; en los 2 años siguientes, el flujo de fondos para la capitación es del 50% por cada beneficiario y 50% por el cumplimiento de los indicadores de rendimiento. En el último año, se prevé el 20% de los pagos de capitación por cada inscripto y el 80% restante después de cumplimiento por parte del Prestatario de los indicadores de rendimiento. |
|   |   |  | Cápitaa Incluir Salud              | Mensual                   | Beneficiario inscripto        |   |   |
| <b>Proyectos próximos a implementarse</b> |   |  |                                    |                           |                               |   |   |
| SUMAR                                     | Población Objetivo de Plan Nacer y Mujeres hasta los 64 años y niños de 6 a 19 años | Apoyo a los SPS  | Transferencia Mensual (60%)        | Mensual                   | Beneficiario inscripto        | Compra de prestaciones (Nomenclador de 71 prácticas). Los prestadores pueden utilizar hasta el 50% de lo cobrado para estímulos al personal mientras que el resto lo pueden gastar en insumos, equipamiento e inversiones a criterio del prestador. | Hasta Diciembre del 2012 Nación financiará el 100% de la cápita para nuevos grupos poblacionales inscriptos, y el 70% para la materno infantil. A partir de 2013 la Nación financiará el 85% de ambos conceptos, la provincia deberá co-financiar el 15% restante.  |
|   |   |  | Transferencia Complementaria (40%) | Cuatrimestral             | Cumplimiento de Trazadoras    |   |   |
| REMEDIAR +                                | Mujeres y Hombres de 6 a  | Expansión de Proyectos de  | Fondo de Reembolso                 | Cuatrimestral             | Empadronamiento Clasificación | En proceso de definición  |   |

| PROYECTO | POBLACIÓN OBJETIVO                      | COMPONENTE                 | MECANISMO DE TRANSFERENCIA                     | FRECUENCIA DE LIQUIDACIÓN | HITO PARA LA TRANSFERENCIA         | USO DE FONDOS | OBSERVACIONES |
|----------|---|----------------------------|--|---------------------------|------------------------------------|---------------|---------------|
| REDES    | 64 años con cobertura exclusiva pública | inversión provinciales APS |  |                           | Seguimiento                        |               |               |
|          |   |                            | Fondo de Incentivo (por cumplimiento de metas) |                           | Cumplimiento de set de Indicadores |               |               |