

Términos de Referencia

PROYECTO: “Desarrollo de un proceso de evaluación y priorización de servicios de salud y su aplicación a la revisión integral del Plan de Servicios de Salud del Programa SUMAR”

INTRODUCCIÓN:

Mediante Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 2724 de fecha 31 de diciembre de 2002 se creó el Seguro de Salud Materno-Infantil para la atención de la cobertura médico-asistencial y de las prestaciones sociales en forma integral y universal, para la mujer embarazada, la mujer en edad fértil y los niños de hasta cinco años de edad, bajo la dependencia del entonces MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (MSN).

En el año 2003, el entonces MSN emitió la Resolución N° 198 de fecha 15 de agosto de 2003, que creó, en la órbita de la Secretaría de Programas Sanitarios, el Programa para la Creación de Seguros de Maternidad e Infancia Provinciales en el marco del Seguro de Salud Materno-Infantil, para asistir a las jurisdicciones, en la creación de los seguros materno-infantiles locales.

Por el Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 1140 de fecha 31 de agosto de 2004 y por Resolución N° 1976 de fecha 19 de diciembre de 2006 del entonces MSN se fue modificando oportunamente la denominación del Programa definiéndose finalmente como PLAN NACER.

Durante la primera fase del PLAN NACER, se previó la incorporación de las jurisdicciones 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 y, a partir del año 2007, se dio inicio a la segunda fase del Programa incorporándose las restantes jurisdicciones del país. A los efectos del financiamiento de ambas fases, el Gobierno Argentino suscribió los Convenios de Préstamo BIRF N° 7225-AR y 7409-AR.

Mediante Acta suscripta con fecha 11 de diciembre de 2009, en el marco del CONSEJO FEDERAL DE SALUD (COFESA), la NACIÓN y las jurisdicciones acordaron los lineamientos generales para la extensión de la cobertura de salud del PLAN NACER a través de la incorporación de módulos integrales de atención de cardiopatías congénitas al Plan de Servicios de Salud (PSS) del Programa, a fin de contribuir de manera significativa a la reducción de las causas duras de mortalidad infantil. En tal sentido, se acordó la creación de un Fondo de Reaseguramiento Solidario (FRS), integrado por fondos del PLAN NACER, y con el propósito de garantizar el financiamiento de la atención integral de las cardiopatías congénitas para todos los niños y niñas con cobertura pública exclusiva.

En el año 2012, se incorporaron al nomenclador del PLAN NACER, las prestaciones del Paquete Perinatal de Alta Complejidad (PPAC).

En virtud de los resultados alcanzados a partir de la implementación del PLAN NACER y a los efectos de ampliar su alcance, el entonces MSN, creó por medio de las Resoluciones N° 1195/12 y N° 1460 /12, el PROGRAMA DE DESARROLLO DE SEGUROS PUBLICOS PROVINCIALES DE SALUD –PROGRAMA SUMAR, para asistir a todas las jurisdicciones del país en la ampliación de la cobertura de salud. Posteriormente el PROGRAMA fue ampliado por el MSN mediante la Resolución N°866/15.

A partir de esta nueva fase, las veinticuatro jurisdicciones crearon los Seguros Provinciales de Salud (SPS), incorporando a los niños y niñas de 6 a 9 años, adolescentes de 10 a 19 años y las mujeres de 20 a 64 años de edad inclusive, a la cobertura de los mismos. A los fines del financiamiento parcial del PROGRAMA, la NACIÓN suscribió con el BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUCCIÓN Y FOMENTO (BIRF), los Convenios de Préstamo N° 8062- AR y N° 8516-AR.

A partir de la implementación del Convenio de Préstamo BIRF N° 8062-AR, se determinó que un conjunto de módulos y prestaciones para la atención de cardiopatías congénitas y perinatología de alta complejidad serían consideradas como Enfermedades Catastróficas y que su financiamiento se realizaría a través del Fondo de Reaseguramiento Solidario de Enfermedades Catastróficas (FRSEC).

En agosto de 2016, fue sancionado el Decreto PEN N°908/2016 que instrumenta la estrategia de la Cobertura Universal de Salud y define sus principales objetivos.

A partir del cumplimiento de las etapas anteriores, el Gobierno Nacional decidió profundizar su modelo de gestión y financiamiento creando el Programa de Ampliación de la Cobertura Efectiva en Salud (PACES) por Resolución N° 518/2019 de la entonces Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, a fin de garantizar el acceso oportuno de la población a servicios de salud priorizados, con cobertura pública exclusiva efectiva de calidad, orientados a partir de un enfoque de atención primaria de la salud (APS), mediante el fortalecimiento del Ministerio de Salud de la Nación (MSN), de los Ministerios de Salud Provinciales y la implementación de mecanismos para lograr un sistema de salud integrado.

La Resolución N° 420/2020 del Ministerio de Salud de la Nación sustituyó la denominación “Programa de Ampliación de la Cobertura Efectiva en Salud - PACES” por la denominación “Programa SUMAR”.

Asimismo, el Programa decidió universalizar la cobertura poblacional incluyendo a las personas 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.

Además, se propone avanzar en la generación de información sanitaria nominalizada en tiempo real y en la atención de patologías específicas de baja incidencia y alto costo de la población con cobertura pública exclusiva y mejorar las capacidades de gestión institucional.

El Programa es ejecutado por un Equipo Coordinador del Programa (ECP) creado en el ámbito del MSN. Las Jurisdicciones participantes son las responsables de ejecutar el Programa SUMAR en sus jurisdicciones y el MSN, a través del ECP, es el responsable de la coordinación general, la supervisión y la contribución al financiamiento parcial del Programa. El Manual Operativo del Programa SUMAR, incluyendo sus anexos, norma el detalle operacional del Programa y sus relaciones institucionales.

La misma Resolución N° 518/2019 de la entonces Secretaría de Gobierno de Salud, en su artículo 6°, crea el Fondo de Alta Complejidad – FONAC – para financiar enfermedades de alta complejidad. Con la implementación del Convenio de Préstamo BIRF N° 8853-AR, se dispuso que determinados módulos quirúrgicos de malformaciones congénitas (cardiopatías y otras malformaciones de resolución quirúrgicas) y prestaciones para la atención del infarto agudo de miocardio con elevación del ST serían financiados por el FONAC. Sustituyéndolo

posteriormente la denominación del mismo a Fondo de Equidad en Salud (FONES) mediante la Resolución N° 1507/2020.

A través del Decreto N° 1130 de fecha 12 de diciembre de 2018, el Gobierno Nacional aprobó el Modelo de Convenio de Préstamo BIRF N° 8853-AR entre la REPÚBLICA ARGENTINA y el BIRF.

Respecto a su operatoria y ejecución, el Programa aporta financiamiento adicional a los sistemas jurisdiccionales de salud bajo un esquema de Transferencias Capitadas y un sistema de gestión por resultados de acuerdo al nivel de cumplimiento de las Jurisdicciones de metas prestacionales conforme a la población elegible y sus características. Estas transferencias tienen como objetivo cubrir una parte del costo de aseguramiento del conjunto de prestaciones sanitarias para la población elegible definidas en el PSS de Programa. El acceso a estas prestaciones contribuirá a la extensión de la cobertura y al logro de una serie de resultados sanitarios. A su vez, el financiamiento percibido permite a los establecimientos de salud financiar inversiones y otros gastos tales como equipamiento médico, capacitación del personal, por lo que contribuye a incrementar la capacidad de oferta del sistema y en conjunto con la mejora de los procesos contribuye a la mejora de la calidad de atención para la población con cobertura pública exclusiva.

Dentro del Manual operativo del Préstamo BIRF N°8853-AR, contemplado dentro del “Componente 2 - Fortalecimiento Institucional de los Ministerios de Salud Nacional y Provinciales” se encuentra el “Subcomponente 2.1 Instrumentos para apoyar una mayor coordinación y establecer un modelo de atención integrado” en el cual se establece la financiación para la definición de servicios y estándares para el subsistema público de salud (priorización de prestaciones). Esto contempla: a) establecer un mecanismo para definir y sistematizar un PSS para todo el subsistema público, especialmente para las líneas de cuidado claves (incluyendo los servicios y protocolos), basado en un acuerdo común sobre los estándares de calidad y condiciones de provisión requeridos; b) definir mecanismos para la armonización (con un plan de convergencia) en torno a estándares comunes, servicios y definiciones de servicios, guías y protocolos clínicos, modelos de atención, redes de referencia y estándares de información; c) diseñar e implementar un mecanismo explícito de priorización para la inclusión, monitoreo y actualización de todos los servicios de salud que forman parte de PSS.

1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN:

Un PSS es una herramienta de cambio para los instrumentadores de las políticas públicas porque a partir de ella se pueden organizar las principales funciones de todo el sistema de salud, incluidos el financiamiento y la compra de servicios de salud, el pago a los prestadores, la organización de la provisión, la regulación de aseguradores y prestadores y la persuasión de consumidores, aseguradores y prestadores de servicios de salud.

Asimismo, la implementación de planes de servicios de salud permite avanzar hacia una mayor integración del sistema de salud, en el que se brinde una atención integral, basada en la persona, donde las diferencias en la atención no sean sustanciales y que las personas reciban los mismos beneficios sanitarios, sin que éstos dependan de sus ingresos o situación laboral

Actualmente, el PSS del Programa SUMAR se encuentra organizado por líneas de cuidado fundamentadas en la implementación de un conjunto de prestaciones que garantizan un abordaje continuo e integral de calidad sobre una condición de salud y/o de enfermedad. En este sentido, el PSS del Programa SUMAR se compone de un total de 66 líneas de cuidado y 690 prestaciones en función de las prioridades sanitarias definidas por el MSN.

La incorporación de nuevas prestaciones al PSS del Programa SUMAR se realiza a través de un proceso que contempla aquellas solicitudes presentadas por las distintas Direcciones y Programas del MSN que poseen la experticia en lo que respecta a las diferentes líneas de cuidado priorizadas consideradas como estratégicas para garantizar el acceso a la salud de calidad y la extensión de la cobertura en busca de una serie de resultados sanitarios.

En el año 2015, el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria de Argentina (IECS), a pedido del Programa SUMAR, realizó un estudio en el cual se generaron consensos sobre cuáles son los principales criterios/valores sobre los cuales se basará el proceso de priorización (carga de enfermedad, efectividad, seguridad, equidad, costo-efectividad, impacto presupuestario, aceptabilidad, factibilidad, etc.). A su vez, durante el año 2017, el IECS realizó un estudio de revisión del PSS con el fin de generar insumos para definir el alcance del mismo a ser utilizado en los próximos años. Dicha revisión apuntó a continuar y profundizar la ampliación del Programa a nuevos grupos poblacionales y problemáticas de salud. Este nuevo estudio permitirá dar continuidad a estas estrategias.

Dada la importancia estratégica del PSS se pretende mediante este estudio definir una metodología de priorización y evaluación de líneas de cuidado y prestaciones de forma explícita y reproducible en el tiempo que permita realizar un análisis y revisión integral del PSS vigente y sirva de instrumento para sus futuras ampliaciones.

2. OBJETIVOS

El objetivo general de la presente consultoría es generar una revisión integral del Plan de Servicios de Salud vigente del Programa SUMAR que establezca un conjunto de servicios priorizados organizados por líneas de cuidado y sirva como instrumento de política pública para mejorar la cobertura de salud de la población y la integración del sistema de salud argentino en consonancia con las estrategias del Ministerio de Salud de la Nación.

Los **objetivos específicos** en el marco del Programa SUMAR son:

1. Elaborar un diagnóstico de la organización del Plan de Servicios de Salud vigente según los grupos etarios, las líneas de cuidado y las prestaciones incluidas partir del análisis del uso de prestaciones.
2. Establecer una metodología estructurada de priorización para líneas de cuidado y prestaciones de acuerdo a un conjunto de criterios explícitos en consonancia con los lineamientos del MSN, que facilite la toma de decisiones y el consenso en el equipo de trabajo.
3. Implementar una herramienta en soporte informático que comprenda en su totalidad la metodología de priorización de líneas de cuidado y prestaciones para poder ser utilizada periódicamente por el programa.
4. Fortalecer las capacidades del ECP en el uso de las herramientas de priorización desarrolladas.
5. Realizar la evaluación global del plan de servicios de salud utilizando las herramientas de priorización tanto de líneas de cuidado como de prestaciones para determinar la pertinencia de las líneas de cuidado y prestaciones incluidas en el Plan de Servicios de Salud vigente.

3. ALCANCE Y ACTIVIDADES

Para el cumplimiento de los objetivos se deberán realizar las siguientes actividades:

- 1) Realizar un análisis diagnóstico del Plan de Servicios de Salud vigente centrado en su estructura y organización general.
 - a. Analizar la organización del Plan de Servicios de Salud vigente considerando su alcance y su estructuración en grupos etarios y líneas de cuidado y las prestaciones que estas últimas incluyen.
 - b. Analizar los niveles de facturación y uso de las prestaciones incluidas en el Plan de Servicios de Salud por jurisdicción, grupo etario, sexo y diagnóstico.
- 2) Establecer una metodología estructurada y sistematizada de priorización para líneas de cuidado de acuerdo a un conjunto de criterios explícitos que sea replicable a lo largo del tiempo.
 - a. Elaborar un documento técnico que describa el procedimiento de priorización de líneas de cuidado replicable a lo largo del tiempo, que incluya el marco teórico de los distintos criterios utilizados para la evaluación y el sistema de ponderación aplicado para cada una de ellas. El documento deberá incluir un marco teórico con los distintos criterios utilizados para la evaluación y el sistema de ponderación aplicado. A modo de ejemplo, los criterios utilizados podrían ser:
 - Carga de enfermedad
 - Severidad de la enfermedad
 - Inequidad en acceso
 - Magnitud del beneficio clínico de las intervenciones disponibles
 - b. Implementar una herramienta de priorización de líneas de cuidado en soporte informático que contenga sistematizada en su totalidad la metodología de priorización, que sea transferible al ECP y se encuentre exenta de licencias.
 - c. Elaborar un manual de usuario para el uso de la herramienta de priorización de líneas de cuidado.
 - d. Elaborar un formulario de solicitud para la incorporación y/o modificación de líneas de cuidado estructurado con la información correspondiente a los criterios de evaluación definidos en el documento técnico de priorización.
 - e. Elaborar un instructivo para el uso del formulario de solicitud.
- 3) Establecer una metodología estructurada y sistematizada de priorización de prestaciones de acuerdo a un conjunto de criterios explícitos que sea replicable a lo largo del tiempo.
 - a. Elaborar un documento técnico que describa el procedimiento de priorización de prestaciones, replicable a lo largo del tiempo y que incluya el marco teórico utilizado para la evaluación y un sistema de ponderación. El documento debe incluir criterios aplicables a las incorporaciones, bajas o modificaciones de prestaciones.

- b. Para la priorización de prestaciones se podrán considerar, por ejemplo, las siguientes dimensiones y subdimensiones:
 - Dimensión económica: Costo-efectividad, impacto presupuestario en la cápita, viabilidad/factibilidad de implementación.
 - Dimensión social: equidad, priorización de grupos vulnerables.
 - Dimensión sanitaria: evidencia científica sustentable
 - c. Implementar una herramienta de priorización de prestaciones en soporte informático que contenga sistematizada en su totalidad la metodología de priorización, que sea transferible al ECP y se encuentre exenta de licencias.
 - d. Elaborar un manual de usuario para el uso de la herramienta de priorización de prestaciones.
 - e. Elaborar un formulario de solicitud de incorporación y/o modificación de prestaciones estructurado en función de los criterios solicitados para la evaluación de las distintas prestaciones vinculadas a una respectiva línea de cuidado.
 - f. Elaborar un instructivo para el uso del formulario de solicitud.
- 4) Llevar adelante un proceso de evaluación del PSS vigente para determinar cuáles son las líneas de cuidado y prestaciones que deben ser consideradas para su revisión.
- a. Realizar la evaluación de las líneas de cuidado y prestaciones incluidas en el PSS vigente aplicando la metodología de priorización diseñada.
 - b. Elaborar una propuesta de nueva versión del Plan de Servicios de Salud del programa SUMAR considerando el análisis diagnóstico realizado, la priorización de líneas de cuidado y prestaciones que pueda contemplar distintas alternativas de organización estructural, así como de la composición de las líneas de cuidado y las prestaciones incluidas en ellas.

4. PRODUCTOS E INFORMES A ENTREGAR

Los productos e informes esperados en el marco de la presente consultoría son los siguientes:

- 1) Informe inicial: deberá contener el cronograma para las distintas actividades que se llevarán a cabo durante la consultoría.
- 2) Informe de avance N° 1: deberá incluir el documento de análisis diagnóstico del Plan de Servicios de Salud vigente.
- 3) Informe de avance N° 2: deberá incluir los siguientes productos:
 - a. Documento técnico con la descripción de la metodología de priorización de líneas de cuidado, el marco teórico de los criterios utilizados para la evaluación y el sistema de ponderación aplicado para cada una de ellas.
 - b. Herramienta de priorización de líneas de cuidado en soporte informático junto con su respectivo manual de usuario.
 - c. Propuesta de formulario de solicitud para la incorporación de líneas de cuidado al Plan de Servicios de Salud.
 - d. Documento técnico con la descripción de la metodología de priorización de prestaciones, el marco teórico de las dimensiones y/o subdimensiones utilizadas para la evaluación y el sistema de ponderación aplicado para cada una de ellas.
 - e. Herramienta de priorización de prestaciones en soporte informático junto con su respectivo manual de usuario.
 - f. Propuesta de formulario de solicitud para la incorporación de prestaciones al Plan de Servicios de Salud.
- 4) Informe de avance N° 3: deberá incluir los siguientes productos:
 - a. Documento técnico con la revisión del PSS vigente y una propuesta de líneas de cuidado y prestaciones a ser evaluadas para su potencial inclusión o baja o modificación.
- 5) Informe final: deberá contener la propuesta de versión final del Plan de Servicios de Salud.

Los productos esperados deberán encontrarse contenidos en los informes para el pago según cronograma.

5. DURACIÓN / PLAZO DE LOS SERVICIOS

El plazo para el desarrollo del proyecto tendrá una duración de 150 días corridos, de acuerdo al cronograma de presentación de productos y pagos.

El contrato permanecerá vigente hasta 60 días posteriores al pago del informe final por parte del del Ministerio de Salud de la Nación.

6. CRONOGRAMA DE ENTREGA DE LOS PRODUCTOS / INFORMES

La firma consultora deberá entregar los siguientes productos en las fechas especificadas a continuación:

Producto	Fecha máxima de entrega
Producto 1. Informe inicial	Dentro de los 15 días corridos de la fecha de firma del contrato
Producto 2. Informe de avance nº 1	Dentro de los 45 días corridos de la fecha de firma del contrato
Producto 3. Informe de avance nº 2	Dentro de los 75 días corridos de la fecha de firma del contrato
Producto 4. Informe de avance nº 3	Dentro de los 120 días corridos de la fecha de firma del contrato
Producto 5. Informe Final	Dentro de los 150 días corridos de la fecha de firma del contrato.

El área técnica conformada por el ECP realizará la revisión y evaluación de los informes dentro de los quince (15) días corridos contados a partir de su presentación. En caso de se encuentren errores de fondo en los informes, solicitará que sean revisados y subsanados a su entera satisfacción dentro de los quince (15) días corridos contados a partir de su notificación, sin que esto signifique costo o plazo adicional a los estipulados en el punto "7. Cronograma y forma de pago".

7. CRONOGRAMA Y FORMA DE PAGO

El pago de los productos estará sujeto a la aprobación de los entregables requeridos. Matriz de Pagos:

Entregable	Desembolso
Producto 1- Informe Inicial	15%
Producto 2- Informe de Avance N° 1	20%
Producto 3- Informe de Avance N° 2	20%
Producto 4- Informe de Avance N° 3	20%
Producto 5- Informe Final	25%

La aprobación o rechazo de la recepción y aceptación definitiva de cada producto se debe producir formalmente por parte de la contraparte técnica conformada por el ECP del Ministerio de Salud de la Nación dentro de los cuarenta y cinco (45) días corridos posteriores a su entrega.

8. CALIFICACIONES GENERALES Y ESPECÍFICAS DE LAS FIRMAS CONSULTORAS

Las organizaciones que se presenten a la convocatoria pública deberán ser evaluadas considerando las siguientes consideraciones generales, específicas y de capacidad, a los fines de acceder a la lista corta de organizaciones que serán invitadas a presentar su propuesta para la realización del proyecto.

a) Consideraciones generales

Las firmas/entidades deberán contar con experiencia general de al menos 5 (cinco) años en evaluación de tecnologías sanitarias y economía de la salud.

b) Consideraciones específicas

Las firmas/entidades deberán contar con experiencia en las siguientes dimensiones:

- Salud Pública

Se priorizará aquellas firmas que demuestren entendimiento acerca de la organización, funcionamiento y actores propios del sistema público de salud de Argentina, claramente diferenciado del sistema privado.

Las firmas que no demuestren haber realizado un trabajo de investigación vinculado al sistema público de salud en Argentina serán desestimadas por no adecuarse al perfil solicitado.

- Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Economía de la Salud

Las firmas/entidades deberán tener experiencia demostrable en la realización de trabajos que hayan sido publicados y/o proyectos de evaluación de tecnologías sanitarias y economía de la salud que impliquen: el conocimiento de fuentes pertinentes de información para la revisión de literatura internacional, regional y nacional en salud pública; la elaboración de evaluaciones y recomendaciones sobre la incorporación, forma de uso, financiamiento y políticas de cobertura de tecnologías sanitarias; el análisis económico de producción de servicios de salud y costeo de prestaciones; la generación, procesamiento y análisis de bases de datos y la elaboración de documentos en formato publicable.

Las firmas/entidades que no demuestren haber publicado un trabajo o realizados proyectos de evaluación de tecnologías sanitarias y economía de la salud quedarán desestimadas por no adecuarse al perfil solicitado. Las publicaciones sin referato no serán desestimadas.

- Programas de salud con financiamiento internacional

Las firmas/entidades deberán entender la lógica de programas con financiamiento internacional, a modo de facilitar la comprensión de los documentos del Programa, así como a la hora de realizar recomendaciones que puedan contribuir en la mejora de su diseño e implementación de sus estrategias.

Se considera de relevancia que la firma/entidad cuente con experiencia en trabajos vinculados a programas de salud con financiamiento internacional, sin embargo, este aspecto es no excluyente.

Las firmas/entidades serán calificadas con la siguiente escala, en función de la cantidad de trabajo demostrables en cada uno de los criterios previamente descriptos.

Calificación	Parámetro	Cantidad de trabajos de investigación/proyectos demostrables en:		
		Salud pública	Evaluación de tecnologías sanitarias y economía de la salud	Programas de salud con financiamiento internacional
No se ajusta	Igual a	0	0	0
Insuficiente	Menos de	2	2	2
Satisfactorias	Menos de	4	4	3
Buenas	Menos de	6	6	4
Muy buenas	Igual o más de	6	6	4

c) Capacidad de la firma/entidad.

Para la evaluación de este criterio se considerarán las siguientes dimensiones:

- Tiempo de actividad de la firma/entidad

El tiempo mínimo de actividad para calificar con grado satisfactorio es de 5 años.

- Equipo de trabajo

Las firmas/entidades deberán contar con personal dedicado a tareas vinculadas a la evaluación de tecnologías sanitarias y economía de la salud para ser considerada satisfactoria.

- Organización técnica:

Será deseable que la firma/entidad cuente con un área con experiencia en la evaluación de tecnologías sanitarias o de economía de la salud, de manera tal que respalde sus conocimientos, intervenciones, trabajos realizados y en curso, así como publicaciones, para obtener un grado de satisfactorio.

Las firmas/entidades serán calificadas con la siguiente escala, en función de los siguientes criterios:

Calificación	Años de Actividad	Equipo de trabajo	Organización
Insuficiente	Menos de 5 años	No cuenta con personal dedicado a la evaluación de tecnologías sanitarias y economía de la salud	No cuenta con un área con experiencia en evaluación de tecnologías sanitarias y economía de la salud
Satisfactorias	Menos de 10 Años	Cuenta con personal dedicado a la evaluación de tecnologías sanitarias y economía de la salud	Cuenta con un área con experiencia en evaluación de tecnologías sanitarias o economía de la salud
Buenas	Menos de 15 Años	Cuenta con investigadores permanentes especializados en evaluación de tecnologías sanitarias y economía de la salud	Cuenta con un área específica de evaluación de tecnologías sanitarias o de economía de la salud
Muy buenas	Igual o más de 15 Años	Cuenta con investigadores permanentes especializados evaluación de tecnologías sanitarias y economía de la salud aplicado a salud pública	Cuenta con áreas específicas de evaluación de tecnologías sanitarias y de economía de la salud aplicadas a salud pública

9. PERSONAL CLAVE Y EXPERIENCIA DE LA CONSULTORA

Los recursos afectados por parte de la firma consultora deberán contar con amplia experiencia en las actividades desarrolladas en el apartado "3. Alcance y actividades".

El equipo Consultor deberá estar conformado por la cantidad de profesionales que estime necesarios para realizar las funciones mencionadas en el apartado "3. Alcance y actividades".

El personal clave del equipo de la firma/entidad estará compuesto al menos por los siguientes profesionales:

1. Jefe de Proyecto.
 - Formación académica: Profesional de las ciencias sociales, médicas, exactas y/o económicas.
 - Experiencia general: Ejercicio mínimo en la actividad profesional. 8 años.
 - Experiencia específica: Intervención en al menos 5 proyectos de evaluación de tecnologías sanitarias y economía de la salud a nivel nacional y/o internacional. Experiencia en evaluación de tecnologías sanitarias y economía de la salud a nivel nacional y/o internacional
2. Analista Jefe Profesional de medicina (dos analistas).
 - Formación académica: Profesional con nivel de grado en medicina o ciencias de la salud.
 - Experiencia general: Ejercicio mínimo en la actividad profesional: 5 años.
 - Experiencia específica: Intervención en al menos 3 proyectos de investigación en salud que hayan requerido el estudio de la prevención, diagnóstico y tratamiento de distintas patologías y/o la realización de estudios epidemiológicos. Participación en proyectos vinculados a la evaluación de políticas públicas en salud a nivel nacional y/o internacional.
3. Analista Jefe Profesional de evaluación de tecnologías sanitarias y economía de la salud.
 - Formación académica: Profesional de las ciencias sociales, médicas, exactas y/o económicas con nivel de posgrado en evaluación de tecnologías sanitarias y/o economía de la salud.
 - Experiencia general: Ejercicio mínimo en la actividad profesional: 5 años.
 - Experiencia específica: Intervención en al menos 3 trabajos de investigación o proyectos que hayan requerido la realización de evaluación de tecnologías sanitarias y/o estudios económicos en el ámbito de la salud. Participación en proyectos vinculados a la evaluación de políticas públicas en salud a nivel nacional y/o internacional.
4. Analista Jefe Profesional en sistemas informáticos.
 - Formación académica: Profesional con nivel de grado en sistemas de información.
 - Experiencia general: Ejercicio mínimo en la actividad profesional: 5 años.

- Experiencia específica: Participación en al menos 3 proyectos de políticas públicas en salud. Experiencia en programación y desarrollo de aplicaciones informáticas.
5. Analista Jefe Profesional en estadística.
- Formación académica: Profesional con nivel de grado en estadística.
 - Experiencia general: Ejercicio mínimo en la actividad profesional: 5 años.
 - Experiencia específica: Participación en al menos 3 proyectos de políticas públicas en salud. Experiencia en el uso de paquetes estadísticos y econométricos aplicados a investigaciones en salud

La consultora deberá demostrar fehacientemente la instrucción académica y experiencia profesional del personal clave, de conformidad con los formularios obrantes en la Solicitud de Propuestas (SDP) al momento de la presentación de su Propuesta Técnica adjuntando los CV firmados por cada profesional propuesto.

10. PROPIEDAD INTELECTUAL / CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

El consultor reconoce que todos los trabajos efectuados bajo este Contrato son trabajos realizados por encargo del Contratante. Consiguientemente, acuerda que el Contratante es el único y legítimo titular de los derechos de propiedad intelectual derivados de los productos y el desarrollo de esta consultoría.

El Consultor se compromete a utilizar la información que recolecte en ocasión de la ejecución de los servicios solamente para el uso propio al que sea destinada; esto es, para la elaboración de los informes de avance y final. Asimismo, el Consultor reconoce que dicha información tiene el carácter de confidencial y reservada.

El Consultor garantiza que trasladará la mencionada información confidencial únicamente a aquellos miembros de su organización que resulten imprescindibles para la ejecución de las tareas objeto de este contrato.

El Consultor se responsabiliza frente al Ministerio de Salud de la Nación por el uso distinto al que pueda destinarse la información, siendo único responsable de los daños y perjuicios que se deriven del incumplimiento de esta obligación.

ANEXO I - CRITERIOS Y SUBCRITERIOS DE EVALUACIÓN

Ver ANEXO I.

ANEXO II - COSTEO / PRESUPUESTO ESTIMADO

Ver ANEXO II.



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
Las Malvinas son argentinas

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: Términos de Referencia- “Desarrollo de un proceso de evaluación y priorización de servicios de salud y su aplicación a la revisión integral del Plan de Servicios de Salud del Programa SUMAR”

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 17 pagina/s.