

Universidad Nacional del Comahue  
Centro Universitario Regional Zona Atlántica



Licenciatura en Administración Pública

Tesis de Grado

**“Análisis de los procedimientos administrativos que forman parte de la implementación del Programa SUMAR, en el Centro de Atención Primaria de Salud del Barrio José M. Guido de la ciudad de Viedma, Provincia de Río Negro. Periodo 2015-2020”**

**Directora de Tesis: Mgter. Ginestet, María Constanza**

**Tesistas: Catalán, David Jeremias y Graf, Paula Micaela**

**Viedma, Río Negro**

**Año 2021**

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>DEDICATORIA</b>	<b>4</b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	<b>5</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO I:</b>	<b>12</b>
<b>EL PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>12</b>
1.1. Descripción del Problema	13
1.2. Objetivos	14
1.3. Justificación	14
Nivel Cognitivo	14
Nivel Social	14
Nivel Personal	15
1.4. Hipótesis	15
1.5. Enfoque Metodológico	16
<b>CAPÍTULO II:</b>	<b>18</b>
<b>MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>18</b>
2.1. Antecedentes de Investigación	19
2.2.1. Aproximación teórica al concepto de políticas públicas	21
2.2.2. Etapas de las políticas públicas	21
2.2.3. La etapa de la implementación	22
2.2.4. Modelos Analíticos de Implementación	23
2.2.5. Políticas de Salud	24
2.2.6. Procedimientos Administrativos	25
2.2.7. Modelo de Gestión Pública	27
2.2.8. Análisis FODA.	28
<b>CAPÍTULO III:                  EL SISTEMA DE SALUD</b>	<b>29</b>
3.1. Definición Sistema de Salud	30
3.2. Breve historia del sistema de salud argentino	30
3.3. Organización del sistema de salud argentino: sus tres subsectores	31
3.4. Componentes del Sistema de Salud Argentino	33
3.5. Características del sistema de salud pública de la Provincia de Río Negro	34
<b>CAPÍTULO IV:                  “EL PROGRAMA SUMAR”</b>	<b>37</b>
4.1. Contexto de creación del Programa SUMAR	38
4.2.1. Objetivos del Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud	39
4.2.2. Población Objetivo	39
4.3. Actores del Programa SUMAR	39
4.3.1. Servicios que prestan los efectores	40
4.4. Prestaciones	42

4.5. Uso de los fondos por las Provincias	43
4.6. Trazadoras	44
<b>CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA SUMAR EN EL CAPS DEL B°GUIDO</b>	<b>45</b>
5.1. Ubicación del objeto de estudio	46
Eje 1: Procedimiento Administrativo	51
De acuerdo a las entrevistas realizadas, se concluye que todas las personas tienen relación con el procedimiento del Programa SUMAR. Las seis personas entrevistadas analizan el procedimiento administrativo del Programa SUMAR como “bueno”.	51
Eje 2: Capacitaciones	52
Eje 3: Beneficiarios	53
Resultados del Programa SUMAR en el CAPS del Barrio José M. Guido	53
Eje 5: Normativa	56
Eje 6: Prestaciones que más ingresos generan	56
Eje 7: Registración de las cargas de las prestaciones	56
Fuente: Captura del sistema SIGEP del Centro de Salud del Barrio Guido	59
5.4. Análisis FODA de la implementación del Procedimiento Administrativo del Programa SUMAR en el CAPS del Barrio José M. Guido	59
<b>CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>60</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>67</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO N° 1: Guía de Entrevistas</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO N° 2: Normativas y Documentos consultados</b>	<b>72</b>
<b>ANEXO N° 3: Informes de Gestión, Año 2015.</b>	<b>85</b>
<b>ANEXO N° 4: Pagos CAPS Barrio José M. Guido</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO N° 5: Relevamiento de Población y Registro de actividad domiciliarias de Agentes Sanitarios. Barrio José M. Guido</b>	<b>93</b>

## DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a mis padres Graf, Jorge Alberto y Castro, Mirta Ester, quiénes fueron el sustento económico y emocional de la carrera. Siempre me acompañaron, me apoyaron, me alentaron en todos mis sueños y metas.

A mi hermana Graf, Brenda Nerea por su cariño y apoyo incondicional durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento gracias.

A mi abuela Cecilia, que es la estrella más bonita del cielo.

A cada uno de mis compañeros de estudio de la universidad, que me brindaron su apoyo. Especialmente, a mi amigo y compañero de tesis CATALAN, Jeremias David, porque fue parte de esto, acá también están sus conocimientos e ideas y tu tiempo dedicado. De verdad no pude haber elegido a alguien mejor que él. A todos los que de alguna u otra manera me alentaron a seguir y no bajar los brazos en esta hermosa carrera.

### **GRAF, Paula Micaela.**

Esta tesis la dedico principalmente a mis padres Atilio Catalan y Antonia Mereles quiénes hicieron todo lo posible para que yo esté en esta situación, siendo el sostén de toda mi vida.

A mi esposa Andrea Sanchez que en los últimos años de la carrera fue fundamental para que yo no baje los brazos.

A mi amiga y compañera de tesis Paula Micaela Graf, que me soportó durante todos estos años de estudios, alentándome cuando quería bajar los brazos y así lograr que este momento sea real.

### **CATALÁN, Jeremias David.**

## AGRADECIMIENTOS

Escribir una tesis es un trabajo que requiere de mucho tiempo, esfuerzo, dedicación, paciencia, disciplina, compromiso, pero sobre todo perseverancia. Fue una etapa cargada de emociones, angustias, sentimientos encontrados. Se nos cruzó por la cabeza muchas preguntas, que poco a poco se fueron disolviendo con el apoyo de nuestra querida directora Constanza Ginestet.

Alcanzar esta meta la veíamos tan lejos, pero nuestro objetivo siempre estuvo presente desde el inicio, que era lograr lo que empezamos, recibimos de Licenciados en Administración Pública.

Queremos agradecer a nuestra Directora, quién aceptó acompañarnos en este último tramo de la carrera. Ella nos dió su apoyo, su confianza, sus sugerencias que fueron indispensables en el desarrollo de la tesis.

A la Universidad Nacional del Comahue, por darnos la posibilidad de formarnos y aprender.

A cada uno de los profesores que nos acompañaron en nuestro trayecto universitario, por todo lo que nos han enseñado.

A nuestras familias, por acompañarnos siempre, en cada pequeño y gran paso que damos. Han sido siempre nuestros mejores guías de vida.

A todos ellos, los que de alguna manera nos alentaron en este hermoso desafío.

¡GRACIAS!.

**GRAF, Paula Micaela y CATALÁN Jeremías**

**David.**

## GLOSARIO

- APS: Atención Primaria de Salud.
- CAPS: Centro de Atención Primaria de Salud.
- CEPAL: Comisión Económica Para América Latina.
- DAPA: Departamento de Actividades Programadas para el Área.
- EMESTA: Empresa de Medicamentos del Estado Argentino.
- FODA: Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas.
- FREJULI: Frente Justicialista de Liberación.
- NGP: Nueva Gestión Pública.
- NomiVac: Registro Nominal Federal de Vacunación.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- OPS: Organización Panamericana de la Salud.
- PAMI: Programa de Atención Médica Integral.
- SISA: Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino.
- SIP: Sistema Informático Perinatal.
- SITAM: Sistema de Información para el Tamizaje.
- SMIP: Seguro Materno Infantil Provincial.
- SPS: Seguro Provincial de la salud.
- SSS: Superintendencia de Servicios de Salud.
- UEC: Unidad Ejecutora Central.
- UGPS: Unidad de Gestión del Seguro Provincial.
- UNICEF: El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

# RESUMEN

El presente trabajo de investigación se centró en una política de salud, el “Programa SUMAR<sup>1</sup>” indagando en la implementación del procedimiento administrativo en un CAPS de la localidad de Viedma, provincia de Río Negro.

Se plantearon tres hipótesis: que el procedimiento administrativo del Programa SUMAR que se ocupa de la carga de las prestaciones de salud, no es cumplido en su totalidad en la Plataforma llamada “Sistema de Información del Empleado Público” dado que no se logra la carga de todas las prestaciones que se efectúan; que si bien la implementación del Programa SUMAR transfiere recursos económicos a las provincias y son los efectores quienes las reciben y deciden sobre el uso de esos fondos, el personal encargado de utilizar los fondos no conoce la influencia que posee en realizar el procedimiento correcto y el destino que debe darse a los mismos. Y finalmente, que el CAPS del Barrio José M. Guido no recibe la totalidad de recursos económicos que el Programa SUMAR le debe otorgar porque las prestaciones no son cargadas en su totalidad.

Los objetivos que persigue esta investigación: analizar la implementación del procedimiento administrativo del Programa SUMAR, en el CAPS del Barrio José M. Guido durante el periodo 2015 -2020, en la ciudad de Viedma, Río Negro; describir el procedimiento administrativo establecido en la normativa vigente del Programa SUMAR para realizar la carga de las prestaciones brindadas a la población sin cobertura de obras sociales; identificar los obstáculos que se visualizan entre lo estipulado en la normativa y la efectiva transferencia de las prestaciones realizadas; indagar cómo se distribuyen los recursos económicos que recibe el CAPS del Barrio José M. Guido y detectar posibles desventajas producto de la no registración de las prestaciones.

Para ello, se utilizó la metodología cualitativa- cuantitativa. Las técnicas de recolección que se utilizaron fueron las entrevistas, la cual nos permitió como investigadores tener un acercamiento directo con las personas que trabajan en el Programa SUMAR. Asimismo se analizaron documentos relacionados al Programa (normativas específicas) y datos estadísticos provistos por el Ministerio de Salud de la Río Negro.

A partir de los resultados obtenidos, como investigadores procedimos a realizar algunas recomendaciones al centro de salud a fin de aprovechar satisfactoriamente los recursos económicos que genera a través de la registración de las cargas de las prestaciones.

---

<sup>1</sup> El Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud, también conocido con el nombre de “Programa SUMAR”, antes denominado Plan Nacer, es una política pública nacional que promueve un acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud para toda la población que no poseen obra social, creada mediante las Resoluciones N° 1195/2012 y N° 1460/2012.



# INTRODUCCIÓN

El Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud, también conocido con el nombre de “Programa SUMAR” es una política pública nacional, creada en el año 2012, mediante las Resoluciones N° 1195/2012 y N° 1460/2012, cuyos destinatarios son las personas que no tienen cobertura de obra social. En sus inicios, esta política de salud se llamó Programa para la Creación de Seguros de Maternidad e Infancias Provinciales (Plan Nacer) y beneficiaba solamente a la población materno infantil.

En el año 2012, el Programa SUMAR brindaba cobertura de salud a niños, niñas y adolescentes de 6 a 19 años, y mujeres cuyo rango etario no supera los 64 años de edad. En 2015, a través de la Resolución N° 866/2015, se amplió la cobertura de los Seguros Provinciales de Salud (SPS), a los efectos de la inclusión del hombre adulto desde los 20 a 64 años de edad inclusive dentro de su población objetivo, con el propósito de continuar mejorando la salud de la población que cuenta con cobertura del sector público.

Uno de los objetivos centrales del Programa SUMAR que mencionan las Resoluciones<sup>2</sup>, es explicitar y mejorar la cobertura de salud dentro del subsector público, incrementar la utilización y calidad de los servicios de salud priorizados para la población sin cobertura explícita, y mejorar las capacidades de gestión institucional mediante mecanismos de financiamiento basados en resultados que se utilizarán en la relación con las jurisdicciones participantes y con los proveedores de servicios de salud. En él intervienen múltiples actores: el Gobierno Nacional, el Gobierno Provincial y los efectores.<sup>3</sup>

Puntualmente, se realizó la investigación en base a la implementación del Programa SUMAR en el CAPS del Barrio Jose M. Guido, de la ciudad de Viedma, Provincia de Río

---

<sup>2</sup> Resoluciones N° 1159/12 y N° 1460/2012.

<sup>3</sup> Los efectores son los centros sanitarios que se encuentren en condiciones de brindar prestaciones, incluidas en el Nomenclador Único, a los beneficiarios del Seguro Materno Infantil Provincial (SMIP) y de facturar las mismas a la Unidad de Gestión del Seguro Provincial (en adelante UGSP).

Negro.

La tesis se organiza en seis capítulos que darán respuestas a los objetivos e hipótesis propuestas en nuestra investigación.

El Capítulo I, desarrolla la descripción del problema, la formulación de los objetivos de investigación, las hipótesis que la fundamentan y culmina con la estrategia metodológica que guió la investigación.

El Capítulo II, se centra en los antecedentes de investigación, donde muestra un panorama de los estudios realizados de nuestro objeto de estudio y finaliza con las bases teóricas ligadas al mismo.

El Capítulo III, describe la evolución del sistema de atención sanitaria teniendo en cuenta las principales políticas que modificaron el proceso de organización del sistema sanitario y se hace una breve descripción del sistema de salud rionegrino.

El Capítulo IV se profundiza en los antecedentes del Programa Nacer y en los inicios del Programa SUMAR, describe los lineamientos normativos del Programa, de acuerdo a las Resoluciones N° 1195/12, N° 1460/12 y N° 866/15.

El Capítulo V, presenta el análisis de la implementación del programa SUMAR en el CAPS el Barrio José M. Guido a partir de los resultados de las entrevistas realizadas y los datos recolectados correspondientes a la investigación.

Finalmente, en el Capítulo VI, se exponen las conclusiones y recomendaciones del trabajo de investigación. Por último, se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos del trabajo.

# **CAPÍTULO I:**

## **EL PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN**

En dicho capítulo se expone la problemática, los objetivos, la justificación para la realización del estudio, las hipótesis y la estrategia metodológica que guió la investigación.

### **1.1. Descripción del Problema**

El problema de estudio podrá sintetizarse a través de la formulación de unas series de preguntas de investigación, “que orientan hacia las respuestas que se buscan con la investigación” (Hernández Sampieri y otros, 1997, p.38).

Esta tesis busca responder: ¿De qué manera se realiza la implementación del procedimiento administrativo del Programa SUMAR, en el CAPS del Barrio José M. Guido, de la ciudad de Viedma, Río Negro, durante el período 2015-2020?.

De esta pregunta general, derivan las siguientes preguntas específicas:

- ¿Cuál es el procedimiento establecido, en la normativa vigente del Programa SUMAR, para registrar las prestaciones brindadas a la población sin cobertura de Obras Sociales?
- ¿Qué obstáculos se visualizan entre lo estipulado en la normativa y la efectiva transferencia de las prestaciones realizadas?
- ¿Cómo se distribuyen los recursos económicos que recibe el CAPS del Barrio José M. Guido?
- ¿Qué desventajas pueden detectarse a partir de no ser registradas las prestaciones?

El problema central a analizar es el procedimiento administrativo que es llevado a cabo para la implementación de la política pública de salud, el Programa SUMAR, en el CAPS del Barrio José M. Guido, en el cual intervienen distintas personas para que sea posible su implementación, y teniendo en cuenta lo que cada una de ellas, desde su lugar, tiene que registrar para lograr un correcto desarrollo y funcionamiento del mismo.

Los procedimientos administrativos que ejecuta el personal de salud del CAPS del Barrio José M. Guido se resumen en dos:

- a) La inscripción al Programa SUMAR
- b) Registración de las cargas de las prestaciones brindadas a los beneficiarios del Programa SUMAR

La registraci3n de las carga de las prestaciones las realizan el personal sanitario que se encuentra contemplado dentro de las categorías del Programa SUMAR, a trav3s de la Plataforma denominada “Sistema de Informaci3n del Empleado P3blico”, y que son parte de los efectores (Hospital Art3mides Zatti, CAPS).

## 1.2.Objetivos

### Objetivo General

- ❖ Analizar la implementaci3n del procedimiento administrativo del Programa SUMAR, en el CAPS del Barrio Jos3 M. Guido durante el periodo 2015 -2020, en la ciudad de Viedma, R3o Negro.

### Objetivos Específicos

- Describir el procedimiento administrativo establecido, en la normativa vigente del Programa SUMAR, para realizar la carga de las prestaciones brindadas a la poblaci3n sin cobertura de obras sociales.
- Identificar los obst3culos que se visualizan entre lo estipulado en la normativa y la efectiva transferencia de las prestaciones realizadas.
- Indagar c3mo se distribuyen los recursos econ3micos que recibe el CAPS del Barrio Jos3 M. Guido.
- Detectar posibles desventajas producto de la no registraci3n de las prestaciones.

## 1.3. Justificaci3n

### Nivel Cognitivo

La presente investigaci3n pretende aportar a la disciplina de la Administraci3n P3blica conocimiento acerca de una tem3tica poco investigada, en particular la implementaci3n de una Pol3tica de Salud, y que contribuya al desarrollo de herramientas que fortalezcan las pol3ticas p3blicas estatales en materia de salud p3blica. Asimismo, se busca que sea de utilidad para futuras investigaciones en la tem3tica abordada en el presente estudio.

### Nivel Social

La importancia a nivel social de esta investigación radica en poder generar conciencia a la población acerca de su derecho en el cuidado de la salud pública, fortalecer a los Hospitales, Centros de Salud y Puestos Sanitarios, y a su vez que la población tenga una mayor responsabilidad en el conocimiento de los recursos generados por ellos mismos.

### Nivel Personal

La motivación personal de este proyecto recae, principalmente, en el hecho de tener que realizar un proyecto de final de la carrera, que posteriormente nos permita realizar la Tesis de Grado, que es uno de los requisitos para obtener el título de Licenciados en Administración Pública. Además, nos permitirá adquirir conocimiento y mayores herramientas para un futuro desempeño laboral como profesionales. También porque, como investigadores, nos interesó analizar una Política Pública de Salud que promueva un acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud para toda la población que no posee cobertura de Obra Social.

## **1.4. Hipótesis**

1° Hipótesis: El procedimiento administrativo del Programa SUMAR que se ocupa de la carga de las prestaciones de salud, no es cumplido en su totalidad en la Plataforma llamada “Sistema de Información del Empleado Público” dado que no se logra la carga de todas las prestaciones que se efectúan.

2° Hipótesis: Si bien la implementación del Programa SUMAR transfiere recursos económicos a las provincias y son los efectores quienes las reciben y deciden sobre el uso de esos fondos, el personal encargado de utilizar los fondos no conoce la influencia que posee en realizar el procedimiento correcto y el destino que debe darse a los mismos.

3° Hipótesis: El CAPS del Barrio José M. Guido no recibe la totalidad de recursos económicos que el Programa SUMAR le debe otorgar porque las prestaciones no son cargadas en su totalidad.

En tal sentido, si la registración de las carga de las prestaciones brindadas a los beneficiarios no es efectuada en tiempo y forma, de acuerdo a lo establecido en las Resoluciones N° 1195/2012 y N° 1460/2012 respecto a la inscripción así como

la cantidad de veces que es atendida una persona, se reduce el ingreso económico al CAPS del Barrio José M. Guido. Ahora bien, la carga debe realizarse dentro de los tres meses a posteriori de que fuera realizada la prestación.

### **1.5. Enfoque Metodológico**

El presente trabajo será desarrollado desde una perspectiva de investigación cualitativa-cuantitativa. El tipo de estudio que se efectuará será descriptivo. En consecuencia, el diseño de la investigación será no experimental. Lo cual significa que en la investigación que hicimos se describió solamente el problema en un periodo y tiempo determinado, es decir, que el problema ya existía cuando se realizó dicho análisis, pero deja abierta la posibilidad que en un tiempo y lugar diferente el problema ya no exista debido al cambio de variables en el entorno.

Como técnicas de recolección de datos se utilizará la entrevista semi estructurada y en profundidad.

La entrevista en profundidad es una:

“forma de conversación entre dos personas, dirigidas y registradas por el investigador con el propósito de favorecer la producción de un discurso convencional continuo y con cierta línea argumental por parte del entrevistado acerca de un tema de interés definido en el marco de investigación” (Alonso, 1998, citado en Metodología de las ciencias sociales.2007, p.216)

Se eligieron las entrevistas, porque es una de las técnicas más importantes para obtener información, la cual nos permitió como investigadores tener un acercamiento directo con las personas que trabajan en el Programa SUMAR, observando las actitudes, percepciones y conductas. Las entrevistas fueron grabadas, con una duración aproximada de unos cuarenta y cinco minutos, iniciándose con una parte introductoria en la que se presentó los objetivos de nuestra problemática. A su vez, se garantizó el anonimato mediante el cargo administrativo para las posteriores citas.

Se entrevistó a seis (6) agentes implicados con el Programa SUMAR: Personal Administrativa del CAPS del Barrio José M. Guido, Coordinadora del Programa SUMAR, Personal a cargo del Área de Cobertura Prestacional, entre otras.



<b>ENTREVISTAS</b>	<b>CARGO QUE OCUPA</b>
<b>ENTREVISTA N° 1</b>	Coordinadora Ejecutiva de la Unidad de Implementación Provincial del Programa Sumar.
<b>ENTREVISTA N° 2</b>	Personal a cargo del Área de Cobertura Prestacional del Programa SUMAR
<b>ENTREVISTA N° 3</b>	Referente del Programa SUMAR en el CAPS José M. Guido.
<b>ENTREVISTA N° 4</b>	Administrativa del CAPS que se encarga del Programa SUMAR
<b>ENTREVISTA N° 5</b>	Agente sanitario del CAPS que se encarga del Programa SUMAR
<b>ENTREVISTA N° 6</b>	Administrativa del Programa SUMAR

El instrumento empleado para esta técnica de recolección de datos es el cuestionario y las guías de entrevistas.

Además de las entrevistas, se recurrió a otras fuentes y técnicas de recolección de datos, tales como las fuentes documentales: Resolución Nacional N° 1460/2012 y datos estadísticos provistos por el Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro.

En base a la información obtenida a través de las entrevistas, se realizó un análisis FODA, donde pudimos corroborar cuáles son las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas que presenta dicho programa analizado.

Previo a la selección de la población, se contempló que el personal elegido se encuentre prestando servicio dentro del período analizado. La población será aproximadamente unas 20 personas que integran y desarrollan el procedimiento administrativo del Programa SUMAR en el CAPS del Barrio José M. Guido, entre las que

se encuentran enfermeros, odontólogos, médicos clínicos, personal administrativo, etc. La muestra la componen 6 referentes del CAPS; del organismo nacional y provincial que están ligados al Programa SUMAR. La selección será intencional, representativa de los sectores involucrados seleccionando a algunos de los actores involucrados en el proceso investigado.

La unidad de análisis del trabajo de investigación es el CAPS del Barrio José M. Guido.

# **CAPÍTULO II:**

## **MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN**

## 2.1. Antecedentes de Investigación

Para llevar adelante el trabajo de investigación, fue necesario realizar una revisión de la literatura sobre nuestro tema de estudio. Estos antecedentes de investigación, nos permitieron demostrar la originalidad del tema a investigar y conocer cuáles son las últimas investigaciones respecto a la temática que hemos seleccionado.

En el ámbito internacional, se encuentra una investigación llevada a cabo por Ortega Bolaños (2018): “*Las políticas de salud, un campo de estudio transdisciplinar*” realizado en la ciudad de Bogotá, en la que estudia las implicancias de proponer hoy en día políticas públicas de salud. Dicho autor, sostiene que las políticas sanitarias pretenden resolver estados de salud causados por extrema pobreza e inequidad en distintos estilos y condiciones de vida.

En Venezuela, Naranjo (2014): “*La Política de Salud en Venezuela durante el Período 1999-2012. Aportes para su Formulación e Implementación*” plantea que la política de salud debe estar dirigida a actuar sobre la producción social de la salud y atender las demandas de atención y su principal propósito era contribuir a eliminar las brechas existentes entre los diferentes sectores sociales, la exclusión social, las inequidades de acceso y elevar la calidad de atención.

Por último, en un estudio realizado en la ciudad de La Habana, Rojas Ochoa, Francisco (2011): “*Políticas sociales y salud de la población*” plantea que las funciones de la salud pública son la promoción de salud, la prevención de enfermedades, la atención personal y la rehabilitación, se tuvo conocimiento de la importancia de la interdisciplinariedad, de la intersectorialidad, de la necesaria racionalidad económica del sistema de salud y del necesario enfoque de salud de la población.

En el ámbito nacional, Araya Peleite (2017): “*Accesibilidad a los programas Nacer-Sumar y Médicos Comunitarios del Plan Federal de Salud: la perspectiva de los gestores en la provincia de Mendoza*”, realiza un estudio sobre cómo los programas de Plan Federal se presentaron como una nueva forma de garantizar el acceso a la salud de la población, especificando que este tipo de políticas públicas son llamadas “políticas de transferencias”.

Por su parte, Colombati (2014) en su trabajo “*Relación Nación-Provincia en Salud: Programa SUMAR en Mendoza*” analiza y plantea cómo los efectores de los programas debían captar beneficiarios activamente e inscribirse, brindar gratuitamente las prestaciones

previstas en el nomenclador del Programa NACER, cumplir con las directivas de las campañas de comunicación establecidas en el programa, registrar prestaciones y rendir cuentas ante el organismo pertinente y liquidar mensualmente las prestaciones efectivamente brindadas con los valores que rigen para la provincia.

En La Plata, Cugat, Florencia, Echeverría, María Paz y Faraone, Gisela (2015) : *“Programa Sumar y los talleres de expresión artística”*, explica que el Programa SUMAR es una política pública federal estratégica y trascendental para el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud de la Argentina y que a su vez, una de las prestaciones que brindaba el Programa son los talleres Sumarte, que proponen generar contactos directos con los efectores sanitarios, promoviendo espacios de capacitación abiertos y participativos que contribuyan a empoderar al equipo de salud.

En la misma provincia, Victoria, Graciela Andrea (2014) nombrada como *“Recursos Artísticos Articulados a la Salud destinados a usuarios del Programa SUMAR”*, explica que la incorporación de las prácticas artísticas a las políticas llevadas adelante por Salud no solo humanizan la práctica de los agentes de salud y el sistema en general, sino también colabora en las relaciones del equipo con la comunidad. Afirmaba que su propuesta se diferencia del Arte Terapia, las considera como prácticas artísticas en contextos de atención de salud donde los recursos del arte contemporáneo colaboran con los agentes de salud en generar pensamientos que interpele las subjetividades de los participantes en la creación de nuevos conocimientos que los posicionan como sujetos críticos de la realidad.

En el ámbito provincial, nos encontramos con el único y último estudio de Pérez, Soledad y Perner, Mónica Serena (2017): *“Del dicho al hecho: el derecho a la salud en Río Negro, Argentina”*, en el que analiza el Programa de salud vigente en la provincia de Río Negro y las actividades de cuidado que se llevan a cabo en un Centro de Salud, ubicado en la ciudad de San Carlos de Bariloche, desde un enfoque de derechos. En este caso se nombraba al Programa SUMAR, el año en que se formó y hace un especial énfasis en cómo se obtienen recursos de programas como estos, que permiten llevar adelante las distintas políticas sanitarias planteadas por el equipo de salud.

## **2.2.Marco Teórico**

Este apartado tiene como objetivo brindar una aproximación a los lineamientos teóricos conceptuales que guiarán la tesis, tomando conceptos claves tales como: políticas

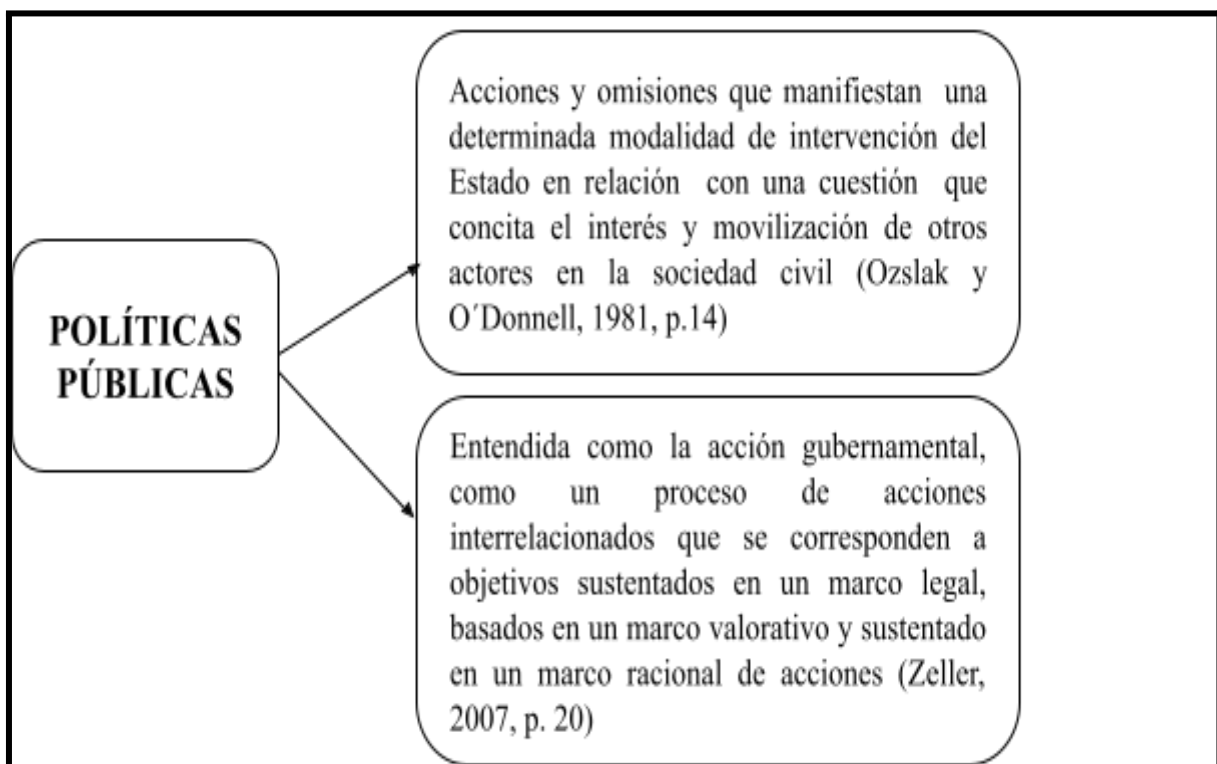
públicas, fases de las políticas públicas, modelos de implementación, procedimientos administrativos y la nueva gerencia pública, entre otros..

### 2.2.1. Aproximación teórica al concepto de políticas públicas

Las políticas públicas se definen como aquellos programas de gobierno que intentan dar respuestas a las diversas demandas de la sociedad. Sin embargo, el concepto de políticas públicas tiene diferentes definiciones, pero todas están directamente relacionadas con la idea: "las políticas públicas como respuestas a problemas". Si bien las políticas públicas han de responder a las necesidades de una sociedad, es necesario que éstas estén elaboradas bajo los criterios de calidad, transparencia y oportunidad.

**Figura N° 1:**

*Definición de Políticas Públicas*



Fuente: Elaboración propia en base al autor Zeller (2007) y Ozslak y O' Donnell (1981)

### 2.2.2. Etapas de las políticas públicas

Según Zeller (2007), los procesos de las políticas públicas suelen dividirse en diferentes etapas:

1. La etapa de la identificación del problema o cuestión, es un asunto socialmente problematizado en el cual se incorpora a la agenda de problemas social, y se va constituyéndose como una construcción social (ob cit).

2. La etapa de la formulación y sanción de una política, son “aquellas tomas de decisión que, basadas en estimaciones y objetivos a futuro, implican asignación de atribuciones y recursos orientados hacia la previsión de los cursos de acción futuros de la política pública” (ob cit).

3. La etapa de la implementación de políticas públicas, que consiste en “el conjunto de las acciones necesarias para el logro de los objetivos formulados. Implica la movilización de los recursos materiales y humanos en el ámbito de gobierno y de la administración pública y afecta al ámbito privado” (Zeller, 2007, p.24). Dicho autor plantea que la implementación puede ser realizada de manera lineal o interactiva. “De forma lineal, una reforma se instala en la agenda gubernamental, se toma una decisión de llevarla a cabo, y por lo tanto una nueva política se implementa exitosamente o no”. La implementación de forma interactiva es “un aspecto crucial del proceso de formación de la política, y sus resultados son altamente variables” (ob cit).

4. La etapa de la evaluación, según Zeller (2007) es aquella que nos permite conocer las consecuencias y los resultados de la aplicación de una política en sus destinatarios.

5. La etapa de la reformulación, es la etapa final del proceso de políticas públicas, la cual repara los desvíos o errores de las decisiones y sus consecuentes cursos de acción, para conseguir los objetivos que se persiguen con la política pública (ob cit).

### **2.2.3. La etapa de la implementación**

Según Martínez, Nogueira (1995), la etapa de la implementación de una política pública está formada por distintas fases, las cuales se desarrollan a continuación:

- **Planeamiento:** Es el marco de la implementación y está constituido por la planificación de políticas (objetivos, estrategias de acción, procedimientos, adjudicación de competencias y tiempos) y por el planeamiento de programas (disposición, despliegue y utilización de medios, definición de tareas y recursos).
- **Acciones:** es la etapa de ejecución efectiva de las tareas, las cuales demandan gerenciamiento para su conducción, operación por parte de los ejecutores, y coordinación

- Seguimiento y evaluación: es la etapa en la que se establece la correspondencia entre los objetivos, acciones, productos y consecuencias. Es necesaria la disposición de sistemas de información sobre la gestión y los impactos, y el establecimiento de la metodología de la evaluación en el diseño de la política. Este seguimiento no implica necesariamente un control de gestión ( p. 39 y 40).

#### **2.2.4. Modelos Analíticos de Implementación**

##### **a) Enfoque arriba-abajo (top-down)**

Según Gambi (2007), en el enfoque arriba-abajo (top-down) hay una separación entre la etapa política de formulación y la de implementación, que sería una etapa técnica especializada y que se ejecuta a través de procedimientos y estructuras administrativas (p.78).

Las autoridades políticas son las que deciden la política pública e imparten las instituciones para que el personal de la Administración Pública las implementa (Gambi, 2007, p.78-79)

##### **b) Enfoque de abajo-arriba (bottom-up)**

Este enfoque señala que los objetivos asignados a las políticas públicas, no son todo lo claro que el enfoque arriba-abajo asume, que pueden haber contradicción de fines entre los órganos públicos que actúan sobre un mismo problema público y que pueden haber conflictos entre los fines que persiguen las autoridades y los intereses de los funcionarios.

Un área importante de análisis en este enfoque está referido a los conflictos que surgen en la implementación, a la capacidad que tendrían los funcionarios para frustrar o neutralizar los esfuerzos de las autoridades por alcanzar las metas asignadas a la política pública, como estos conflictos pueden ser abordados y los procesos de negociación y compromiso que se dan entre los actores de la implementación (Gambi, 2007, p.81).

##### **c) Enfoque de Redes**

El enfoque de Redes “permite generar una visión del conjunto de relaciones y actores y su ubicación”(Gambi, 2007, p.83)



El enfoque de redes está formado por “una diversidad de actores involucrados: por un lado diferentes organismos públicos en los diversos niveles del gobierno nacional, regional y local y, por otro, es común encontrar organizaciones de la sociedad civil que desempeñan el rol de grupos de presión .Cada política política genera su propia red. Habrá vínculos administrativos, reglamentarios, organizacionales y financieros. Los intereses y expectativas de los actores variarán dependiendo de su ubicación en la red, de la función que realicen, su ubicación territorial, la relación con los usuarios, su proximidad al núcleo central de la política y su relación con las elites político-administrativas (Gambi, 2007,p. 83)

#### **d) Teoría de Agencias**

Según Gambi (2007), la Teoría de Agencias

puede ser vista como una red de cadenas de contratos en la que las autoridades políticas que actúan en representación de los ciudadanos, ejercerán el rol de principal y los organismos públicos, encargados de implementar la política pública, asumiría el rol de agente que debe cumplir el mandato establecido por la autoridad política respectiva (p.84).

En este modelo, “las organizaciones que ejecutan las políticas públicas no son importantes en sí mismas, dado que el comportamiento que ellas tendrán al implementar la política es moldeable a través de los contratos que las autoridades políticas suscriban con ellas” (Gambi, 2007, p.85).

Podemos establecer que la implementación del Programa SUMAR tiene un enfoque tanto top-down como bottom-up (de arriba-abajo y abajo-arriba) porque el rol de la gestión pública está dividido entre actores que se interconectan bidireccionalmente desde el menor nivel (efectores) hasta el nivel nacional.

#### **2.2.5.Políticas de Salud**

Las políticas de salud pertenecen dentro de las políticas públicas al campo de las políticas sociales.

En Argentina, la salud es definida como una política social universalista. Según Lo Vuolo este tipo de políticas pretende “cubrir a toda la población contra las contingencias sociales, independientemente de la actividad que realice el ciudadano y de su capacidad contra prestadora” (citado por Fabián Repetto, 1997, p.56).

Una política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito."Definir las políticas de salud implica establecer el rol que el Estado desempeña en salud. Formular políticas de salud involucra definir las formas en que el Estado desempeñará sus cuatro funciones básicas en salud: la de informador y consejero, la de proveedor, la de financiador y la de regulador. Las políticas de salud son los instrumentos y mecanismos para que el Estado ejerza esas cuatro funciones" (González García, 1997: 8).

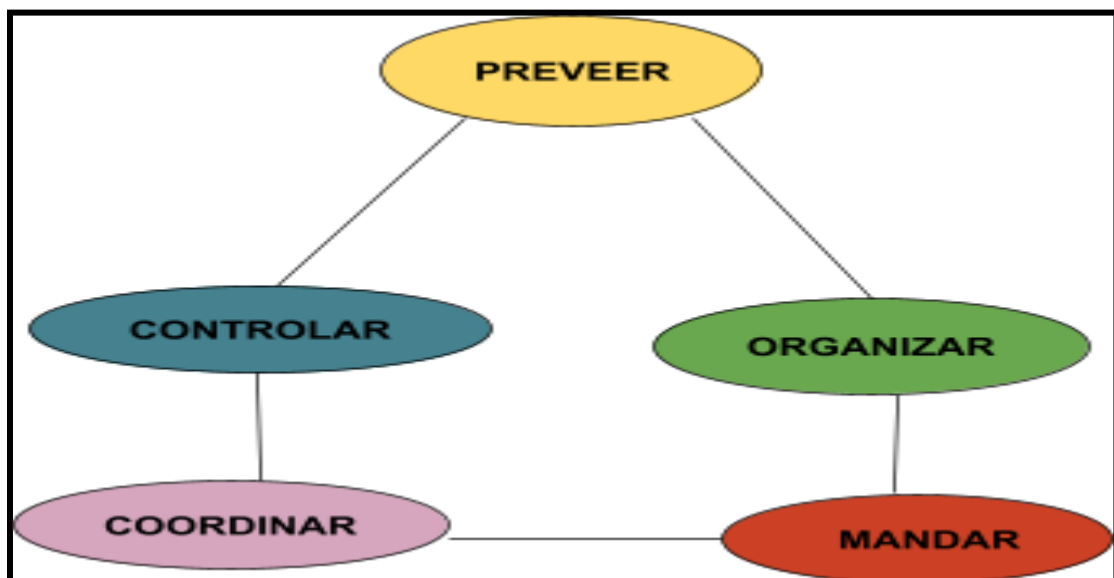
Una de las principales políticas de salud en Argentina que se instala con más fuerza en la década del '90, es la política de descentralización en salud.

### 2.2.6.Procedimientos Administrativos

Desde la perspectiva de Fayol (citado en Narvaez, 1998), el procedimiento administrativo permite controlar de manera organizada sus objetivos y metas de la forma más eficiente posible. Este procedimiento consiste en la consecución de cinco tareas.

**Figura N° 2**

*El procedimiento administrativo de Henry Fayol*



Fuente: Elaboración propia en base a Henry Fayol.

- **Prever:** Tal como surge de los postulados de Henry Fayol, la función de previsión es imaginar el futuro en un proyecto de acción de largo plazo donde se establecen objetivos y metas. Fayol (citado en Narváez, 1998) sostiene que prever significa “calcular el porvenir y prepararlo; es obrar” y a su vez que el programa de acción<sup>4</sup>, es el instrumento de la actividad de prever.
- **Organizar:** Siguiendo su obra, podemos definir que “organizar una empresa es dotarla de todos los elementos necesarios para su funcionamiento”(citado en Narvaez, 1998, p.94).
- **Dirección de Mando:** Para los seguidores de la Administración Industrial y General, el mando “consiste en hacer funcionar el cuerpo social” (citado en Narvaez, 1998, p.95)
- **Coordinación:** Narváez (1998) sostiene que:

Coordinar es establecer la armonía entre todos los actos de una empresa, de manera de facilitar su funcionamiento y procurar el éxito, es sincronizar los recursos y las acciones en las proporciones adecuadas, con el objetivo de subordinar los medios a los fines. (p.95).

Fayol, (citado en Narvaez, 1998), afirma que las industrias metalúrgicas y extractivas mineras deberían realizar una vez por semana una reunión de la dirección con los jefes de áreas de la organización, para facilitar su realización y no para fijar programa de acción.

- **Control:** “Controlar significa verificar que las actividades se realicen de acuerdo con el programa trazado, teniendo por finalidad detectar los errores en que se hubiere incurrido, con el objetivo de efectuar las correcciones pertinentes”(Narváez,1998, p.95).

---

<sup>4</sup> El programa de acción es la marcha de la empresa, prevista y preparada para un cierto periodo. Debe basarse en los recursos que posee la empresa, la naturaleza e importancia de las operaciones en curso, y las posibilidades futuras; en su preparación deben ponerse en movimiento todos los servicios y funciones, en especial, la administrativa.

### **2.2.7. Modelo de Gestión Pública**

La Nueva Gestión Pública (en adelante NGP), surge en la segunda mitad del siglo XX con el objetivo de modernizar la “desgastada” administración pública de carácter burocrático en un modelo organizativo más eficiente y eficaz..

La NGP busca trabajadores más calificados, preparados para trabajar en equipo y para enfrentar situaciones nuevas, donde pueden tener mayor discreción y libertad para conseguir los objetivos propuestos. Se encuentra enmarcada en principios, que rigen, norman y fundamentan la conducta de los funcionarios en el Estado y sus servidores públicos en el cumplimiento de sus competencias y atribuciones.

El Programa SUMAR implementa un modelo de gestión descentralizado, basado en resultados, en el cual la Nación transfiere recursos a las provincias. Con los recursos obtenidos, las provincias, a través de los Seguros Provinciales de salud financian las prestaciones priorizadas por el Programa SUMAR. Dicho modelo de gestión busca aumentar la autonomía de los niveles intermedios de decisión, posibilitando la profesionalización de la burocracia. A su vez, pretende asegurar los mecanismos para el aumento de la eficacia, eficiencia y la efectividad de la administración pública.

### **2.2.8. Análisis FODA.**

Según Ponce T. (2007), “el análisis situacional FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas) consiste en realizar una evaluación de los factores fuertes y débiles que, en su conjunto, diagnostican la situación interna de una organización, así como su evaluación externa, es decir, las oportunidades y amenazas” (p.114).

En resumen, el análisis FODA te permite tener un panorama más amplio, evaluando lo mejor y lo peor de una situación. Dicho análisis se divide en dos partes: análisis interno y análisis externo.

Dentro del análisis interno, encontramos las fortalezas y debilidades que presenta la organización.

- Fortalezas: Son las características “positivas” que hacen que se destaquen del resto y que la ayudarán a cumplir con los objetivos y metas.
- Debilidades: Son aquellas características “negativas”, en las cuales, la organización necesita mejorar y por lo consiguiente afecta al cumplimiento de los objetivos y dificultan la llegada de los resultados esperados.

En el análisis externo, se analizan las amenazas y oportunidades en las que su buen desarrollo no depende necesariamente de la organización.

- Oportunidades: Son cambios “positivos” en donde la organización puede sacar una ventaja o beneficio.
- Amenazas: Son situaciones “negativas” que ponen en peligro a la organización para alcanzar sus objetivos y metas.

Es lógico pensar que la realización de un análisis FODA en una organización, es importante porque nos determina de forma objetiva cuáles son sus puntos débiles y en qué aspectos se necesita mejorar.

# **CAPÍTULO III: EL SISTEMA DE SALUD**

Para comprender cómo es la dinámica, es imprescindible identificar la evolución del sistema de atención sanitaria teniendo en cuenta las principales políticas que modificaron el proceso de organización del sistema sanitario y su funcionamiento.

### **3.1. Definición Sistema de Salud**

Según la OMS<sup>5</sup>, el sistema de salud abarca todas las organizaciones, instituciones y recursos que están dedicados a la producción de acciones de salud.

Hablar de un sistema de salud requiere focalizarse en la idea de la atención primaria y el fortalecimiento de los CAPS.

### **3.2. Breve historia del sistema de salud argentino**

Hacia mediados de la década del '40, la salud aparece como una cuestión de responsabilidad individual y como un servicio de caridad. Aparecen las sociedades de beneficencias<sup>6</sup>. El Estado ocupaba el rol de formar recursos humanos dedicados a la actividad sanitaria y como prestador de servicios asistenciales públicos. Se limitaba a atender solamente temas relacionados con la sanidad y a controlar la epidemia (Acuña y Chudnovsky, 2002).

Con el gobierno peronista, aparece el Estado como el responsable de la salud del pueblo. Se comenzaron a nacionalizar todos los establecimientos públicos, desplazando así a las sociedades de beneficencias. Este cambio trajo como consecuencia que el sector público dependa del Presupuesto Central del Gobierno Nacional. Se crearon programas de obras públicas y expansión de los servicios en toda Argentina, también se instalaron nuevos hospitales y centros médicos.

Tras la derrota de Perón en el año 1955, mediante un golpe de Estado encabezado por Arturo Frondizi (presidente electo en su momento) se iniciaron “reformas tendientes a transferir hacia las provincias y municipios, las responsabilidades técnicas y administrativas de los establecimientos que hasta ese entonces estaban en manos del Estado Nacional” (Acuña y Chudnovsky, 2002, p.22).

---

<sup>5</sup> OMS. Organización Mundial de la Salud-2001

<sup>6</sup> Las organizaciones benéficas son organizaciones que prestan ayuda a los más necesitados sin nada a cambio.

Las obras sociales aparecen como protagonistas de este periodo, desarrollan estrategias de prestación de servicios de salud en forma directa con sus afiliados, lo cual provocó que el Estado pierda el control sobre ellas.

En el año 1969, con los militares en el poder, se fortalece la relación de los sindicatos llevando al nacimiento de las obras sociales.

En 1970, se sanciona la Ley Pro- Sindical, que tenía como objetivo el resguardo de todas las obras sociales. Esto llevó a que las obras sociales refuerzan su poder en el gobierno, fortaleciéndose y dándoles menos importancia al sector público en su totalidad.

Con el liberalismo, se crea un Sistema Integrado de Salud que tiene como objetivo conformar “un sistema único de salud con eje en el estado que asegura un acceso igualitario a la salud para toda la población”(Acuña y Chudnovsky, 2002, p.24).

En 1976, el gobierno militar provocó un deterioro del papel del Estado con respecto al tema de la salud. Esto se produjo porque hubo una descentralización fiscal de varios hospitales que dependen del gobierno nacional, se fijaron a su vez, aranceles en la atención sanitaria, llevando al aumento de un mercado de servicios de salud.

Este proceso de descentralización asumió dos rasgos básicos. En primer lugar, una circunstancia que le imprimió cierta rigidez al potencial proceso de negociación entre ambos actores se deriva del hecho que los gobiernos provinciales que firmaron los acuerdos con la Nación únicamente eran delegados del Poder Ejecutivo Nacional durante un periodo de gobierno de facto. En segundo lugar, en ningún caso existió una compensación presupuestaria por la transferencia de los hospitales públicos que se llevó a cabo como resultado de la presión que ejerció el Gobierno Nacional a las provincias que se hicieron cargo de mayores funciones sin recibir recursos (Acuña y Chudnovsky, 2002, p.26-27).

En la década de los '80, el deterioro de los servicios de salud era un reflejo de la crisis económica que golpeaba al país, se sancionaron dos leyes: la ley 23.660 de Obras Sociales y la ley 23.661 de Seguro Nacional de Salud.

Finalmente en la década de los '90, se retoma la política descentralizadora, modificando otra vez más al subsector público.

### **3.3. Organización del sistema de salud argentino: sus tres subsectores**

El sistema de salud está formado por tres subsectores, pocos integrados entre sí y



fragmentados en su interior y regulados por el Ministerio de Salud, dependiente del Poder Ejecutivo. Estos son:

**a) Subsector Público**

Se encarga de la provisión de servicios de salud gratuitamente a través de los hospitales y centros de atención primaria de la salud, principalmente para personas que tienen bajos ingresos y que no cuentan con una cobertura de obra social. Está regulado a través de los Ministerios de Salud y por el ambiente Nacional, Provincial, debido a la descentralización del sistema

**b) Subsector de Obras Sociales**

Según López (2006), “hacia fines del S.XIX se comenzaron a registrar las primeras huelgas, y empezaron a adquirir características de organizaciones de negociación y lucha gremial” (p.3).

A partir de la década del cuarenta, las mutuales comienzan a tener dinámicas de obras sociales (López, 2006).

Las obras sociales tienen como finalidad cubrir a sus afiliados prestaciones médicas y sociales. Son financiadas mediante aportes y contribuciones obligatorias de los empleados públicos en relación de dependencia.

Todas las provincias cuentan con obras sociales, dependiendo de la actividad de los empleados públicos en su jurisdicción.

Según Maceira (2020), el papel que cumplen las obras sociales dentro del sistema de salud argentino “es el de gestionar los recursos provenientes de aportes patronales y contribuciones salariales” (p.166).

Las obras sociales se pueden clasificar en:

**1. Obras Sociales Nacionales**

Se financian mayormente a través de los aportes personales de los empleados y contribuciones patronales de los empleadores y absorben más del 50% de los afiliados del país y concentran el 48% de los recursos que están destinados a salud. Se formaron en el año 1970, a través de la Ley que hizo obligatoria la afiliación para todos los empleados del sector privado y del gobierno nacional.

Están reguladas, desde el año 1996, por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

En este grupo se encuentran: OSECAC, OSPRERA, OSPECON, OSUPCN, OSDE, ASE entre otras.

**2. Obras Sociales Provinciales (OSP)**

La forman los empleados estatales provinciales, municipales y los jubilados. Mayormente, son reguladas por organismos autárquicos y su forma de financiamiento está formada por los aportes de sus afiliados y de las contribuciones del empleador.

En este caso, los empleados provinciales son afiliados obligatorios, no pueden cambiarse de obra social, caso contrario en lo que sucede en las obras sociales nacionales.

### **3. Obra Sociales para Jubilados**

En el año 1971, mediante el Decreto Ley 19.302 se creó el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados con el objetivo de concentrar a la mayor parte de la población bajo una única cobertura social, universal y obligatoria. A su vez, se creó el Programa de Atención Médica Integral<sup>7</sup> (PAMI), que actualmente cubre a la población mayor de 65 años de edad.

#### **c) Subsistema Privado**

Son aquellas empresas que prestan servicios de salud a través de médicos que atienden pacientes de manera privada-particular como clínicas, sanatorios, centros diagnósticos, laboratorios, empresas de producción etc. La cobertura es restringida y el financiamiento se ejecuta por los prepagos privados.

El sector privado tiene que ser abordado desde dos perspectivas: en su rol de asegurador (prepara) y en su rol de prestador de servicios.

- Sector Privado como Asegurador: Sus clientes son la clase media y alta de la población.
- Sector Privado como prestador: Está regulado por el Colegio Médicos Profesional<sup>8</sup>, el cual no tiene ningún órgano estatal que lo controle.

En los últimos años, el Subsistema Privado “ha crecido rápidamente gracias a la situación económica nacional e internacional, permitiendo la entrada de capital extranjeros que invirtieron en este campo de servicios” (Salta, 2005, p.7).

### **3.4. Componentes del Sistema de Salud Argentino**

Según Tobar (2002), todo sistema de salud argentino puede ser pensado como la articulación de tres componentes, estos son:

---

<sup>7</sup> El PAMI es un organismo descentralizado que es financiado a través de impuestos sobre los salarios y sobre los ingresos de los jubilados.

<sup>8</sup> Los Colegios Médicos Profesionales son asociaciones privadas creadas por leyes provinciales que tienen delegado el control de la matrícula y la acreditación profesional, como así también la acreditación de las clínicas y sanatorios privados.

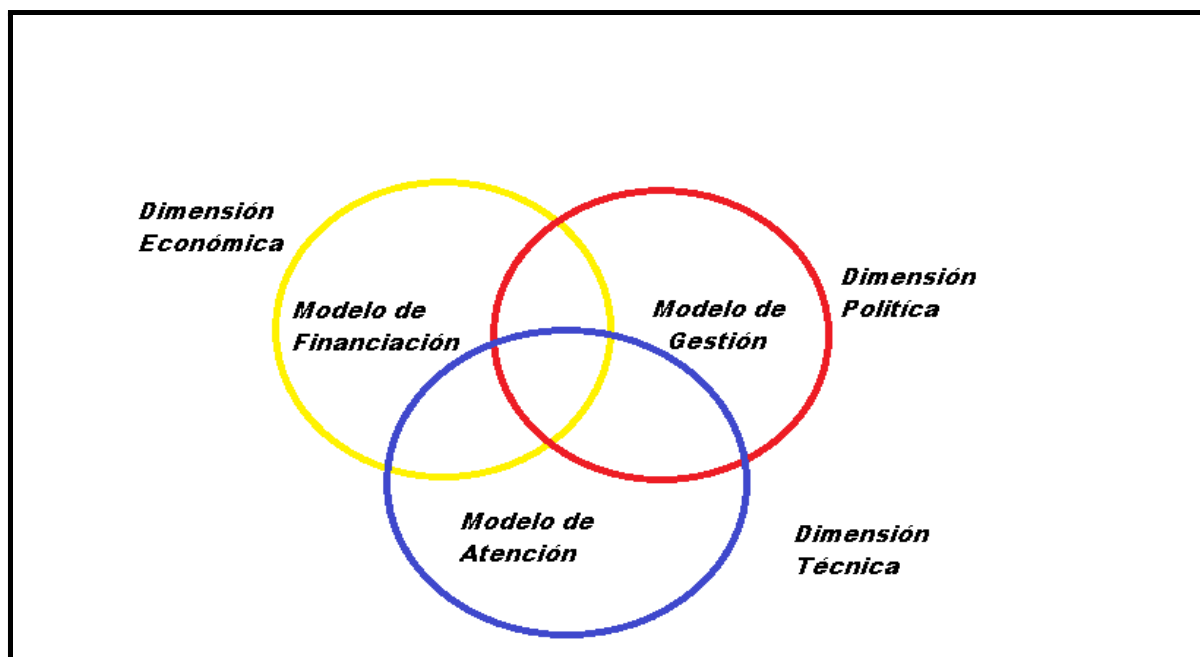
a) Desde la perspectiva política llamada **Modelo de Gestión**, que se refiere a las prioridades del servicio, en las cuales son las decisiones que deben tomar desde la conducción, qué valores nos guían, quien las toma y cómo las toma. (Tobar, 2002, p.17).

b) Desde la perspectiva económica llamada **Modelo de Financiación**, que intenta responder tres grandes preguntas: ¿cuánto debe gastar en salud el país?, ¿de dónde provienen los recursos? y ¿cómo se asignan los recursos? (Tobar, 2002, p.18).

c) Desde la perspectiva técnica llamada **Modelo de Atención**, trata de responder preguntas como: ¿qué cubrir? (que tipo de acciones, prestaciones o servicios se debe brindar), ¿a quién cubrir?, ¿cómo prestar?(con qué criterio) y ¿dónde prestar? (en qué lugar, de qué manera, cuáles son los criterios de referencia).

**Figura N° 3**

*Componentes del Sistema de Salud*



Fuente: Elaboración propia en base a Tobar (2002)

### **3.5. Características del sistema de salud pública de la Provincia de Río Negro**

La salud de Río Negro está formada por tres subsectores (subsector público, subsector de obras sociales y subsector privado), representado por el IPROSS, el PAMI y otros entes nacionales .

El Subsector Público Provincial se divide en:

- 6 zonas sanitarias<sup>9</sup>
- 36 Hospitales Áreas Programas<sup>10</sup>
- 184 centros de atención primaria<sup>11</sup>

Cada zona sanitaria articula el funcionamiento de sus recursos a través de un hospital de cabecera, y tiene asignado un Coordinador Zonal, quien debe representar y coordinar los diferentes equipos de Salud Mental Comunitaria de dicho territorio.

Según Gomiz Gomiz & Maldonado (2012) a lo largo de la década de los 70 en Río Negro:

[...] la situación de los hospitales era deplorable y sin presupuesto para concreciones mínimas, una ampliación presupuestaria del 100 por ciento, permitió que se incrementara el Recurso Humano, en particular profesionales y personal de enfermería, veinticinco médicos se incorporarán al reciente creado Plan de dedicación exclusiva; veintisiete médicos pasaron al régimen de cuarenta horas semanales y dieciséis al de veinte horas; se incorporaron además ocho bioquímicos, cinco odontólogos, dos psicólogos y doce obstetras, setenta y dos enfermeros se incorporan al servicio (Gomiz Gomiz & Maldonado, 2012, p. 5).

El Estado “era el único prestador monopólico, de cada 100 atenciones que se producían, 80 corresponden al Hospital Público y sólo 20 al sector privado” (Gomiz Gomiz & Maldonado, 2012, p.3).

En 1973, mediante elecciones Provinciales se puso fin a la Dictadura Militar denominada Revolución Argentina y se consagró como ganador al Gobernador Mario Franco (1973-1976), candidato del Partido Justicialista y apoyado por el FREJULI<sup>12</sup> (Gomiz Gomiz & Maldonado, 2012). Durante su gobierno, desarrolló el primer Plan de Salud, un ejemplo nacional, que modificó el viejo sistema de salud provincial, porque buscaba que la salud sea un derecho y que todos los rionegrinos tengan acceso a ella.

---

<sup>9</sup> La Zona Sanitaria es el nivel de regionalización sanitaria intermedia que integra y coordina un conjunto de áreas programas relacionadas geográficamente con el fin de optimizar recursos, atención y resultados de salud.

<sup>10</sup> El Hospital Área Programa es la unidad mínima de organización sanitaria, delimitada geográficamente con una estructura de conducción de todos los recursos disponibles para la atención de una población.

<sup>11</sup> Los centros de atención primaria son establecimientos donde ofrece asistencia sanitaria y social y servicios de promoción de la salud, de atención preventiva, curativa y rehabilitadora.

<sup>12</sup> El FREJULI fue una alianza electoral argentina formada en 1972, integrada por el Partido Justicialista con otros partidos menores como el Movimiento de Integración y Desarrollo (MID), liderado por el ex presidente Arturo Frondizi, el Partido Conservador Popular, liderado por Vicente Solano Lima y el Partido Popular Cristiano de Jose Antonio Allende.

Los objetivos que presentaba el Plan de Salud de Mario Franco fueron:

1. Vigencia en todo el territorio provincial del derecho a la salud.
2. Asegurar el acceso mediante una medicina moderna, humanitaria y gratuita.
3. Asegurar la participación activa de todos los actores provinciales a fin de desarrollar la pertenencia de todos los programas de salud en toda la población (Gomiz Gomiz & Maldonado, 2012, p.3).

Con dicho Plan, se buscó mejorar la infraestructura de los hospitales, incorporar equipamiento en los hospitales.

En el año 1976, por un nuevo golpe de Estado, el Plan de Salud fue desmantelado por los militares.

# **CAPÍTULO IV:** **“EL PROGRAMA SUMAR”**

En el presente capítulo se presenta un recorrido por el origen del Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud, también conocido con el nombre de “Programa SUMAR”, sus lineamientos normativos según las resoluciones de creación, entre otros.

#### **4.1.Contexto de creación del Programa SUMAR**

La crisis económica del año 2001 en Argentina, produjo un aumento de población sin cobertura de obra social. Los grupos sociales más perjudicados fueron niñas, niños y mujeres embarazadas.

En el año 2004, con el gobierno de Néstor Kirchner, se puso en marcha una política pública con un enfoque de derecho, centrada en la promoción y en el cuidado de la salud, denominada Programa para la Creación de Seguros de Maternidad e Infancias Provinciales (PLAN NACER). La primera etapa del Plan Nacer se realizó en nueve provincias: Jujuy, Salta, Tucumán, Catamarca y Santiago del Estero (NOA) y las provincias de Chaco, Misiones, Formosa y Corrientes (NEA), por ser las más perjudicadas por la crisis económica. Este Plan apuntó a disminuir la tasa de morbi- mortalidad infantil. Tres años después, se extendió el Plan Nacer, incorporando las regiones restantes: el NOA, NEA, Centro (Córdoba, Entre Ríos y Santa Fé), Cuyo (Mendoza, San Juan y San Luis) y la Patagonia (Neuquen, Rio Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego).

En el año 2010, se extendieron las coberturas las causas de mortalidad difíciles de tratar, mediante el financiamiento de las cardiologías congénitas (labio leporino, piebot y displasia de cadera) en niños y niñas hasta los 6 años.

En 2012, se puso en marcha el paquete Perinatal de alta complejidad del Plan NACER, que incluye prestaciones para embarazadas de alto riesgo y atención de salud al recién nacido, entre otras. En ese mismo año, en agosto, debido a los buenos resultados y logros de esta política pública de salud, el Gobierno Nacional, creó mediante las Resoluciones N° 1195/2012 y 1460/2012 el Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud”, también conocido con el nombre de “Programa SUMAR”.

#### **4.2.Lineamientos normativos del Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud**

Según la Resolución N° 886/15, de fecha 29 de julio del año 2015:

El programa SUMAR es una política federal de desarrollo de Seguros Públicos de Salud para la población con cobertura del sector público, cuyo objetivo es explicitar y garantizar el acceso a un conjunto de prestaciones y

cuidados de salud priorizados a través del Plan de Servicios de Salud del Programa.

#### **4.2.1. Objetivos del Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud**

Según la Resoluciones N° 1195/2012 y N° 1460/2012, los objetivos del Programa son:

- Explicitar y mejorar la cobertura pública de salud.
- Incrementar la utilización y calidad de los servicios de salud priorizados para la población sin cobertura explícita.
- Mejorar las capacidades de gestión institucional mediante mecanismos de financiamiento basados en resultados que se utilizarán en la relación con las jurisdicciones participantes y con los proveedores de servicios de salud.

#### **4.2.2. Población Objetivo**

A partir de los buenos resultados del Programa para la Creación de Seguros de Maternidad e Infancias Provinciales (Plan Nacer), se crea el Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud (Programa SUMAR). La población objetivo de los Seguros Públicos Provinciales de Salud (SPS) para el año 2012 estaba compuesta por niños y niñas de 0 a 9 años de edad, adolescentes entre 10 y 19 años de edad, y mujeres de 20 a 64 años de edad, que no cuenten con cobertura explícita de salud.

En Junio de 2015, el Ministerio de Salud de la Nación creó la Resolución N° 866/15, con el objetivo de ampliar la cobertura de los Seguros Provinciales de Salud (SPS), a los efectos de la inclusión del hombre adulto desde los 20 a 64 años de edad inclusive dentro de su población objetivo, con el propósito de continuar mejorando la salud de la población que cuenta con cobertura del sector público.

#### **4.3. Actores del Programa SUMAR**

Los tres actores principales en la implementación del Programa SUMAR son:

- ❖ El gobierno nacional, a través de la UEC<sup>13</sup>.
- ❖ El gobierno provincial, a través de la UGSP<sup>14</sup>.

<sup>13</sup> La Unidad Ejecutora Central (UEC) es la responsable de elaborar disposiciones operativas que regulen los procedimientos del programa, establecer metas, transferir los recursos nacionales a las provincias, entregar equipamientos que mejoren la capacidad de la oferta pública.

<sup>14</sup> La Unidad de Gestión del Seguro Materno Infantil Provincial (UGSP), se encarga de la actualización de los registros de beneficiarios y de los objetivos sanitarios.



- ❖ Los efectores ( hospitales y centros de atención primaria de la salud).

Los efectores son los que prestan el servicio a los beneficiarios, deben captar beneficiarios activamente e inscribirlas, brindar prestaciones gratuitamente contempladas en el Nomenclador del Programa SUMAR.

#### 4.3.1. Servicios que prestan los efectores

- **Registro de prestaciones** :Las personas inscriptas al SPS tienen dos categorías dentro del Padrón del Programa:

1) Beneficiarios con Cobertura efectiva básica: La CEB refiere a los inscriptos que recibieron al menos una prestación de salud en el lapso de 12 meses. Y responde a los siguientes objetivos:

- Fortalecer las capacidades de gestión de los establecimientos públicos de salud para el seguimiento individualizado del nivel de utilización de servicios de salud por parte de la población inscrita
- Premiar la celeridad en el reporte prestacional por parte de los establecimientos contratados.
- Recompensar la rapidez en el proceso de validación y aprobación de las prestaciones por parte del SPS.
- Incentivar el monitoreo del nivel de utilización de servicios por parte de la población bajo programa en el marco del SPS.

2) Beneficiarios sin cobertura efectiva básica: Son las personas que no hayan recibido una prestación de salud en el lapso de 12 meses.

- **La inscripción**

La inscripción al Programa permite planificar estrategias de salud que garanticen el acceso al sistema a través de la participación en actividades de promoción y prevención, así como su adecuado registro. La inscripción puede ser *fija*, a través del centro de salud de atención primaria u hospital, *móvil*, a través de espacios públicos y eventos organizados por el centro de salud y *online*, a través del sistema informático desarrollado por la provincia llamado SIGEP<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> El Sistema de Gestión Prestacional (SIGEP) diariamente registra datos provenientes de diferentes efectores de la provincia, por ejemplo hospitales, unidades primarias de atención de salud (UPAS), y otros centros de salud.

**Figura N° 4:**  
*Captura de Pantalla del Sitio Web del SIGEP*



Fuente: Extraído del sitio del  
<https://salud.rionegro.gov.ar/sumar/index.php?r=cruge/ui/login>

**Figura N° 5:**  
*Constancia de Inscripción*

<b>CONSTANCIA DE INSCRIPCION</b>	
Fecha: 23/12/2021	Sumar 
<b>Clave Beneficiario-Inscripcion:</b> 2200600001060315	
<b>Apellido:</b> CAYAMILLA	
<b>Nombre:</b> TOMAS AGUSTIN	
<b>Fecha de Inscripcion:</b> 25-09-2013	
<b>Centro de Identificacion:</b> CENTRO DE SALUD BARRIO GUIDO	
<b>Firma del Agente Identificador</b>	
<p>-----</p> <p>Por la presente DEJO CONSTANCIA que la Persona antes detallada esta INSCRIPTA EN EL PROGRAMA SUMAR.  Reune los requisitos necesarios para el proceso de validacion.  Valido para ser presentado antes las autoridades del ANSES.  VALIDO DENTRO DE LOS 60 DIAS DE LA FECHA DE EMISION. ( Vencimiento: 23/02/2022 )  <b>Sin otro particular, saluda atentamente.</b></p>	

Fuente: Extraído de bases de datos del Centro de Salud del Barrio Guido

Una vez inscrito, la persona pasa a ser un “beneficiario activo”, que tiene una duración de seis (6) meses, si este no ha recibido aún ninguna prestación. Para mantener la condición de beneficiario activo se debe recibir una prestación dentro de los últimos 12 meses. Los beneficiarios inscriptos tienen derecho a recibir los servicios de salud que integran el Nomenclador único.

Los efectores no podrán rechazar a ningún beneficiario, en caso de no poder brindar alguna de las prestaciones, se lo deriva hacia un establecimiento receptor.

Por cada beneficiario al que se le preste un servicio deberá conservar una Historia Clínica actualizada, la que será remitida a la UGSP y posteriormente a la UEC para que éstas lleven adelante sus funciones de auditoría. Esta Historia Clínica, es obligatoria y permite realizar un diagnóstico de la situación del paciente y mejorar la calidad de salud, entre otras.

#### **4.4.Prestaciones**

A través del Programa SUMAR, se financia la atención sanitaria gratuita a la población objetivo, atendiendo a sus características específicas. Las prestaciones del programa SUMAR son:

##### Para niños y niñas de 0 a 5 años de edad

- Control periódico de salud.
- Detección temprana de hipoacusia.

- Infección Respiratoria Aguda.
- Neonatales.
- Recién Nacido Pre-Término de 500 a 1500 gr.

#### Adolescentes entre 6 y 10 años de edad

- Asma bronquial.
- Comunidad.
- Anemia.
- Control periódico de salud.
- Sobrepeso.

#### Mujeres de 20 a 64 años de edad

- Cáncer cérvico-uterino.
- Cáncer de mama
- Control periódico de salud.
- Diabetes gestacional.
- Hipertensión crónica en el embarazo.
- Hipertensión gestacional y Prenatal.

#### Hombres de 20 a 64 años de edad

- Prevención primaria.
- Detección de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles prevalentes.
- Detección de cáncer prevalente.

En el año 2020, por motivo de emergencia nacional por la pandemia COVID-19, surge del Ministerio de Salud de la Nación, la necesidad de generar un Plan de Apoyo desde el Programa Sumar, en el cual se consideren líneas de acción conjuntas para el fortalecimiento de la respuesta del sistema público de salud, particularmente en lo referido a la política de uso de fondos por parte de los establecimientos de salud, que requiere de acciones complementarias, que permitan, sin desviarse de las normas establecidas, una utilización oportuna, eficiente y racional de los recursos generados por los establecimientos de salud y de políticas de compras que aceleren los procesos de adquisición de insumos y equipamiento.

#### Prestaciones COVID-19

- Consulta de persona aislada por ser contacto estrecho de persona con COVID-19.
- Consulta de diagnóstico y seguimiento domiciliario de persona con sospecha por COVID-19.
- Consulta de seguimiento domiciliario de persona con COVID-19.
- Consulta de alta en domicilio de persona con COVID-19.
- Consulta de seguimiento post alta de persona con COVID-19.
- Consulta de seguimiento domiciliario post alta de persona con COVID-19.
- Consulta de seguimiento domiciliario de salud mental por COVID-19.

- Dispensa de medicamentos a domicilio.
- Teleconsulta de persona aislada por ser contacto estrecho de persona con COVID-19.
- Teleconsulta por seguimiento domiciliario de persona con sospecha de COVID-19.
- Teleconsulta de persona con sospecha por COVID-19.
- Teleconsulta de seguimiento domiciliario por especialista (por COVID-19).
- Teleconsulta para seguimiento domiciliario de persona con diagnóstico de COVID-19.
- Teleconsulta de seguimiento post-alta de persona con COVID-19.
- Teleconsulta de seguimiento post-alta de persona con COVID-19.
- Test rápido para COVID-19.
- Toma de muestra de test para COVID-19.
- Lectura del Test para COVID-19.
- Notificación de inicio de tratamiento de persona con COVID-19 NT.
- Notificación de caso sospechoso de COVID-19.
- Notificación de persona con diagnóstico de COVID-19.
- Notificación de alta del paciente positivo para COVID-19.

#### **4.5. Uso de los fondos por las Provincias**

Cada persona que es atendida en un hospital y/o, centros de salud de atención primaria, que no cuente con cobertura de obra social y que reciba una prestación que se encuentre dentro de las que están contempladas en el Programa SUMAR, generará un recurso económico para fortalecer y mejorar los servicios brindamos a la comunidad. Dichos fondos pueden utilizarse en:

1. Bonificaciones (personal médico, enfermeros, administrativos y otros)
2. Locaciones de obra y servicios (personal médico, enfermeros, administrativos y otros)
3. Insumos (médicos o no médicos)
4. Inversiones edilicias y de equipamiento (médicos o no médicos)
5. Mantenimiento edilicio y de equipamiento (médicos o no médicos)
6. Cesión

#### **4.6. Trazadoras**

Las trazadoras son indicadores de salud que permiten realizar evaluaciones y monitoreos permanentes. Actualmente son 14 trazadores que componen la Matriz de Trazadores del SUMAR.

- ❖ Trazadora I: Atención temprana al embarazo.
- ❖ Trazadora II: Seguimiento de embarazo.
- ❖ Trazadora III: Efectividad del cuidado neonatal.

❖ Trazadora IV: Seguimiento de salud del niño menor de 10 años. Trazadora V: Equidad

❖ intraprovincial en el seguimiento de salud de menores de 10 años.

❖ Trazadora VI: Capacidad de detección de casos de cardiopatía congénita en el menor de 1 año.

❖ Trazadora VII: Prevención de cáncer colorrectal.

❖ Trazadora VIII: Cobertura de inmunizaciones a los 24 meses.

❖ Trazadora IX: Cobertura de inmunizaciones a los 7 años.

❖ Trazadora X: Seguimiento de salud del adolescente de 10 a 19 años.

❖ Trazadora XI: Promoción de derechos y cuidados en salud.

❖ Trazadora XII: Prevención de cáncer cérvico uterino.

❖ Trazadora XIII: Cuidado del cáncer de mama.

❖ Trazadora XIV: Evaluación del proceso de atención de los casos de muertes infantiles y maternas.

**CAPÍTULO V:  
ANÁLISIS DE LA  
IMPLEMENTACIÓN DEL  
PROGRAMA SUMAR EN EL  
CAPS DEL B°GUIDO**

### 5.1.Ubicación del objeto de estudio

La investigación tiene como protagonista esencial al CAPS del Barrio José María Guido, ubicado en la calle Malen sin número de la localidad de Viedma, capital de la provincia de Río Negro, que se sitúa en el sector nordeste de la Patagonia Argentina, en el Departamento Adolfo Alsina, en el este de la provincia, en el Valle Inferior del Río Negro, sobre la Ruta Nacional N° 3, a 970 km de la ciudad de Buenos Aires, sobre la ribera sur del Río Negro frente a la localidad bonaerense de Carmen de Patagones.

**Figura N° 6**

*Ubicación de Viedma en el mapa de la República Argentina.*



Fuente: Imagen recuperada en:

<https://delhipages.live/geografia-y-viajes/ciudades-y-pueblos/ciudades-y-pueblos-tz/viedma>

El Barrio José M. Guido, fue creado en el año 1986 por el Instituto de Planificación y Promoción de la Vivienda (IPPV) y está construido en propiedad horizontal, dividido en 41 escaleras que albergan 588 departamentos. Las viviendas fueron financiadas mediante fondos del FONAVI.



Actualmente, el Barrio José M. Guido cuenta con una suma de 3.000 habitantes<sup>16</sup> (Ver Anexo N°) por sobre un total de 80.632 habitantes<sup>17</sup> de la ciudad de Viedma.

El CAPS del Barrio José M. Guido se inauguró hace 33 años, un año después de la entrega de las viviendas construidas por el IPPV. Está regulado por la Resolución N° 745/86 – Estructuras y Reglamento de Áreas Programas (1986), que contiene las funciones esenciales de los Directores de Hospitales, quiénes deberán disponer, del presupuesto hospitalario, los fondos necesarios para el cumplimiento de las actividades de promoción y protección de la salud en el área programa. Esta norma sigue vigente aunque se encuentra desactualizada. Se complementa con la Ley N° 2570. El CAPS depende del Departamento de Actividades Programadas para el Área (DAPA) del Hospital Artémides Zatti. La función del DAPA es procurar la accesibilidad de la comunidad a los servicios de salud en el primer nivel de atención y la oportuna derivación al segundo nivel.

**Figura N° 7**

*Recorte del Organigrama del Hospital Área Programa Viedma.*



Fuente: Elaboración propia en base al organigrama del Hospital Área Viedma “Artémides Zatti”

<sup>16</sup> Datos recolectados a través de Rondas Sanitarias.

<sup>17</sup> Datos obtenidos a través del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina.

Su finalidad es garantizar servicios de atención primaria, que consiste en una asistencia sanitaria básica orientada a la reacción ante emergencias o a la oferta de servicios sanitarios básicos y asegurar el bienestar tanto a los/as vecinos/as del barrio José M. Guido, como a los barrios alrededores: Don Bosco, Inalauquen, San Roque, entre otros.

Su atención es de lunes a viernes de 07:00 a 15:00 hs, con turnos programados (control de niño sano, bajo peso, embarazo, ginecología), inmediato (urgencias pediátricas, mayores de 60 años, planificación familiar sin turno, se atiende en el momento, adolescente se atienden sin turnos). Los principales motivos de consulta lo representa el Área de Materno- Infantil (controles de salud de niños de 0 a 6 meses, embarazadas), Ginecología (PAP, salud sexual y reproductiva), Psico-Sociales (Odontológicas, Ancianos, Hipertensos, Diabéticos). Su funcionamiento permite descongestionar al Hospital Área Programa “Artémides Zatti”.

Entre los años 2015-2017 (periodos analizados), el CAPS del Barrio Jose M. Guido presentó una atención primaria fija de aproximadamente 6.000 personas. Estas personas contaban con Historia Clínica en el efector. Se estima que entre 12.000 y 15.000 mil personas por año que tienen Historia Clínica en el centro de salud asistieron de manera transitoria entre los periodos mencionados anteriormente.. En esa época del año, el CAPS se encontró con una importante afluencia de público.

### **5.3. Efectores adheridos al Programa SUMAR**

A través de datos cuantitativos recolectados por el Ministerio de Salud de la Provincia de Rio Negro, data del año 2020, pudimos confeccionar una tabla con los efectores (centros de salud y hospital) adheridos al Programa SUMAR. La elaboración de esta tabla nos permite apreciar los efectores que más se vieron beneficiados, mediante la inscripción y registración de las cargas de las prestaciones confeccionadas a través del Programa.

**Figura N° 8**  
*Efectores del Programa Sumar, en el periodo 2020.*

<b>DENOMINACIÓN</b>	<b>TOTAL DE BENEFICIARIOS</b>
Centro de Salud BARRIO 20 DE JUNIO	546
<b>Centro de Salud BARRIO GUIDO</b>	<b>787</b>
Centro de Salud BARRIO SAN MARTIN	620
Centro de Salud IPPV - Viedma	1659
Centro de Salud MI BANDERA	1419
Centro de Salud P. INDEPENDENCIA	605
Centro de Salud SANTA CLARA	666
Centro de Salud SARGENTO CABRAL	886
Puesto Sanitario EL JUNCAL	448
Puesto Sanitario SAN JAVIER	900
Puesto Sanitario BALNEARIO EL CÓNDOR	255
Hospital ÁREA PROGRAMA VIEDMA	11757
<b>TOTAL</b>	<b>20.548</b>

Fuente: Elaboracion propia en base a los datos recolectados del Ministerio de Salud de la Provincia de Rio Negro

De acuerdo al orden de captación de beneficiarios, se destaca en primer lugar el Hospital Área Programa “Artémides Zatti, quién depende de una estructura burocrática superior, el Ministerio de Salud, y por su ubicación y por la densidad poblacional del área es uno de los hospitales de mayor complejidad de la Provincia. En él se realizan atenciones que presentan más dificultades y recepciona no solamente pacientes locales, sino también los derivados de otras localidades de la región. Cuenta con un área específica del Programa

SUMAR, la cual el procedimiento administrativo es realizado de manera efectiva por personal de salud capacitado y está estrechamente relacionado con el Ministerio de Salud en lo que se refiere al tema Auditoría y Control.

También, resulta interesante destacar la importancia que adquieren los CAPS en Viedma en la resolución de las necesidades concretas de la población, no sólo a través de la atención asistencial integral y longitudinal, sino también mediante la promoción y prevención de la salud.

Viedma cuenta con 12 áreas programáticas distribuidas estratégicamente para que cada familia tenga un lugar para el control de la salud cerca de su casa. Dichos centros y puestos sanitarios acercan la salud a los barrios más vulnerables y contribuyen a la descentralización hospitalaria.

En base a los datos realizados de la Figura N° 6, se puede observar que los cinco puestos y centros sanitarios que más se vieron “beneficiados” por la adhesión al Programa SUMAR, en el año 2020, fueron:

- El CAPS del Barrio IPPV
- El CAPS del Barrio Mi Bandera
- El CAPS del Barrio Sargento Cabral
- El Puesto Sanitario San Javier
- El CAPS del Barrio José M. Guido

Es de suma importancia mencionar que el CAPS del Barrio José M. Guido, pese a estar en quinto lugar, aumentó drásticamente la demanda de atención producto del desempleo y la precarización laboral, esto teniendo en cuenta el rango de edad de adultos mayores. Según los datos recogidos a través del relevamiento que realizó el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Viedma presentó en el año 2020, una desocupación que se ubicó en el 3,4 por ciento. La subocupación fue del 5,5 por ciento en este período. El desempleo creció un uno por ciento en el tercer trimestre del año, con respecto al segundo trimestre, cuando fue del 2,4 por ciento.

A su vez, la pandemia de COVID-19 está teniendo un impacto significativo sobre el centro de salud, porque durante este año muchas de las prestaciones que más impacto tienen para el CAPS fueron restringida (control de niño sano, control de embarazadas, controles ginecológicos) a modo de prevención de los más vulnerables. La explosión de contagios detectados en el año 2020 hizo que el CAPS del Barrio José M. Guido desborde, y a su vez, que se presentará la oportunidad de realizar las cargas de las prestaciones por visitas COVID-19 y su posterior alta de las personas sin cobertura de obra social.

**Tabla N° 9:**

*Puestos y Centros Sanitarios del Programa SUMAR respecto al total de beneficiarios*

<b>DENOMINACIÓN</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Centro de Salud IPPV - Viedma	8,07%
Centro de Salud MI BANDERA	6,90%
Puesto Sanitario SAN JAVIER	4,37%
Centro de Salud SARGENTO CABRAL	4,31%
<b>Centro de Salud BARRIO GUIDO</b>	<b>3,83%</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados del Ministerio de Salud

#### **5.4. Análisis de la implementación del Programa SUMAR en el CAPS del Barrio José M. Guido.**

##### **Eje 1: Procedimiento Administrativo**

De acuerdo a las entrevistas realizadas, se concluye que todas las personas tienen relación con el procedimiento del Programa SUMAR. Las seis personas entrevistadas analizan el procedimiento administrativo del Programa SUMAR como “bueno”.

A su vez, manifiestan o expresan que existen dificultades para cargar las prestaciones, no sólo por el mal funcionamiento de las computadoras, sino también por la falta de personal administrativo y médico para realizar dichas cargas. Informan que, ellos se ven obstaculizados debido a la cantidad de programas nuevos que requieren de registros y trabajos administrativos. También, expresaron que no han realizado talleres durante el año, pero que sin embargo se muestran con buena predisposición para organizar el trabajo administrativo .

Siguiendo la perspectiva de Fayol, el procedimiento administrativo del Programa Sumar permite controlar de manera organizada sus objetivos y metas de la forma más eficiente. Este procedimiento consiste en la consecución de cinco tareas:

- Preveer
- Controlar
- Organizar
- Coordinar
- Mandar

Estas deben llevarse a cabo siguiendo los lineamientos de la Nueva Gestión Pública, la cual pretende eliminar la rigidez del procedimiento administrativo y el estrecho poder de decisión de sus gestores, generando una relación más cercana con los ciudadanos; en la cual el Estado brinda un servicio público basado en la equidad y acorde a las necesidades en relación a la salud de las personas que acuden al CAPS del Barrio José M. Guido.

Además, considerando que el logro de los objetivos van de la mano del éxito de estas etapas y su ciclo constante; se consolida la idea de que el procedimiento implementado, se ve obstaculizado por las dificultades antes mencionadas, donde el personal de salud directamente afectado a la tarea; al calificar como “Bueno” el procedimiento administrativo deja evidenciado que no consideran que existen errores en las cargas ni dimensionan el impacto positivo que generará el correcto registro de las prestaciones en la recuperación de los reembolsos financieros a favor del Centro de Salud.

### **Eje 2: Capacitaciones**

Se observa que las personas que trabajan en el CAPS del Barrio José M. Guido solo recibieron capacitaciones cuando inició el Plan Nacer. Posteriormente los procedimientos y requerimientos del Programa SUMAR, fueron aprendiendo a medida que los compañeros de trabajo transmitían lo aprendido y explicaban los modos de trabajar, en cambio; de acuerdo a lo expresado por la línea media jerárquica, la Coordinadora del Programa Sumar del Ministerio de Salud afirma que la planificación de las capacitaciones se realizan cada año, debido a que todos los años se actualiza el nomenclador y hay nuevas prestaciones.

Desde la línea media jerárquica, los entrevistados nos informan que el programa realiza capacitaciones a los establecimientos para implementar las distintas cuestiones operativas inherentes al mismo (generalidades del programa, sistema informático para carga de inscripción y facturación, procedimientos de facturación, control y pagos, alcance de las prestaciones del plan de servicios de salud que cada vez que se actualiza o incorpora modificaciones, matriz de metas sanitarias, acompañamiento a la auditoría externa). Según la Coordinadora del Programa Sumar del Ministerio de Salud, las capacitaciones tienen distintas modalidades: presenciales en el efector para el fortalecimiento a la gestión, por área

programa o zona sanitaria; virtuales, ya sea a través de la Plataforma Virtual del Ministerio de Salud de la Nación en la cual se brinda cursos organizados por las distintas Direcciones nacionales de programas, u organizados a nivel provincial mediante Zoom/Webex, los cuales fueron realizados de manera recurrente durante la pandemia. De acuerdo a lo citado anteriormente y en función de lo que plantea Henry Fayol las capacitaciones son un factor de gran importancia para llevar adelante la Política Pública analizada, dado que estas permiten organizar a la institución a base de movilizar todos los recursos para que se puedan cumplir los objetivos.

Viendo a las capacitaciones como un recurso y que al movilizar genera conocimientos, aptitudes y habilidades que permitirá a los trabajadores tener un mejor rendimiento en su puesto de trabajo; esto se puede lograr a través de un proceso de diálogo entre el Nivel Central y los efectores en el cual se debe plantear; ¿Dónde estamos?, ¿Qué queremos hacer?, ¿Cómo debemos organizarnos?, ¿Qué necesitamos aprender para hacerlo? y esto como parte integrante del proceso de capacitación el cual como tal es constante y requiere su autoevaluación para revisar las prácticas cotidianas y mejorar los servicios prestados.

### **Eje 3:Beneficiarios**

Con respecto al porcentaje de beneficiarios del Programa Sumar en el CAPS del Barrio José M. Guido, desde la línea media jerárquica nos exponen a través de las entrevistas, los minuciosos números de inscriptos; y al saber la totalidad de inscriptos en la ciudad de Viedma (Ver Figura N° 8 ) se puede discriminar qué porcentaje de dicha totalidad tiene la unidad de análisis (Ver Figura N° 9).

A simple vista, esto parece ser solamente un análisis de fríos números, pero al analizar las respuestas del personal que trabaja en el CAPS del Barrio José M. Guido, se observa que el conocimiento respecto al número de los beneficiarios es nulo, si bien la información está disponible tanto en el sistema, como en el nivel central, a priori no se llega a percibir un interés real para cambiar situación por los que están directamente afectado a la tarea.

Si nos basamos en la etapa de coordinación que plantea Fayol en su análisis y parafraseando a Narvaez (1998), el acto de poder captar a personas sin obras sociales para que posteriormente se conviertan en inscriptos al Programa Sumar, también hace a que exista esa armonía entre todas las acciones que se realizan para el normal funcionamiento de

la Política Pública en cuestión, y así procurar que el programa alcance los objetivos previstos.

### **Resultados del Programa SUMAR en el CAPS del Barrio José M. Guido**

A partir de los datos cuantitativos recolectados por el Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro, se pudo confeccionar una tabla, con el fin de mostrar la falta de correspondencia entre los beneficiarios con CEB y sin CEB; teniendo en cuenta que las cargas de las prestaciones en forma inmediata es un requisito fundamental que se lleva adelante a través del correcto procedimiento administrativo para que la implementación del programa SUMAR sea exitoso.

La observación de estos datos nos dan la evidencia que menos del 50% de las personas cuentan con CEB. A continuación, se mostrará gráfica y analíticamente lo mencionado anteriormente.

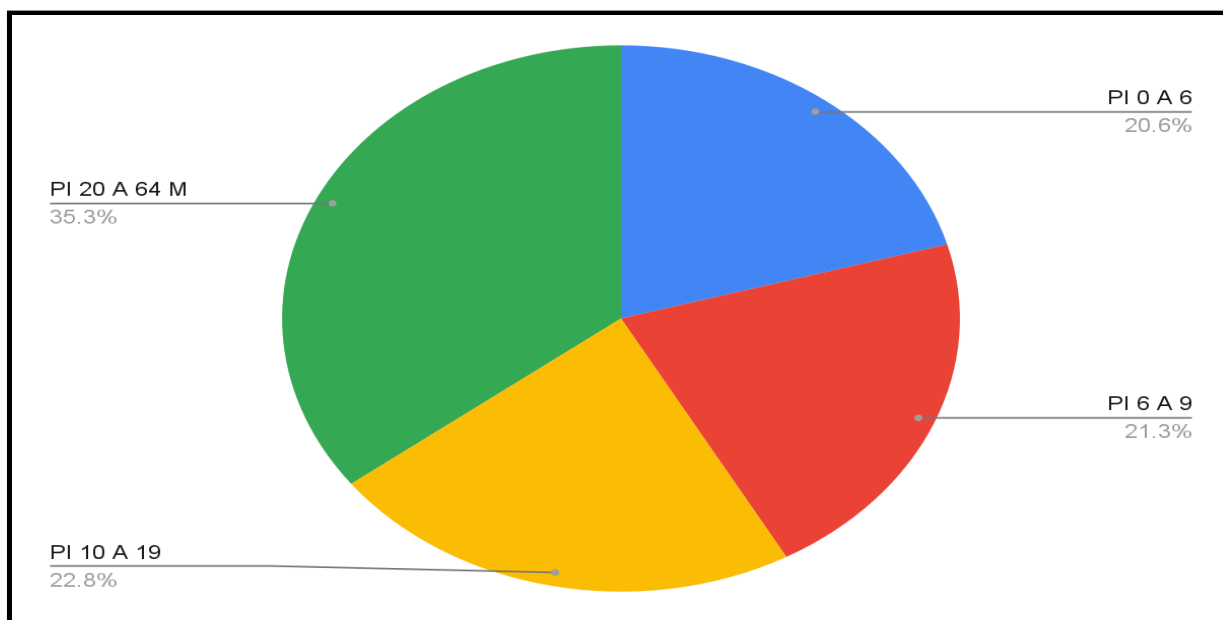
**Figura N° 10**  
*Beneficiarios con CEB y sin CEB*

<b>Edades</b>	<b>0 a 6 años</b>	<b>6 a 9 años</b>	<b>10 a 19 años</b>	<b>20 a 64 años Mujeres</b>	<b>Total año 2017</b>
<b>Beneficiarios sin CEB</b>	905	933	999	1551	4388
<b>Beneficiarios con CEB</b>	371	269	338	405	1383

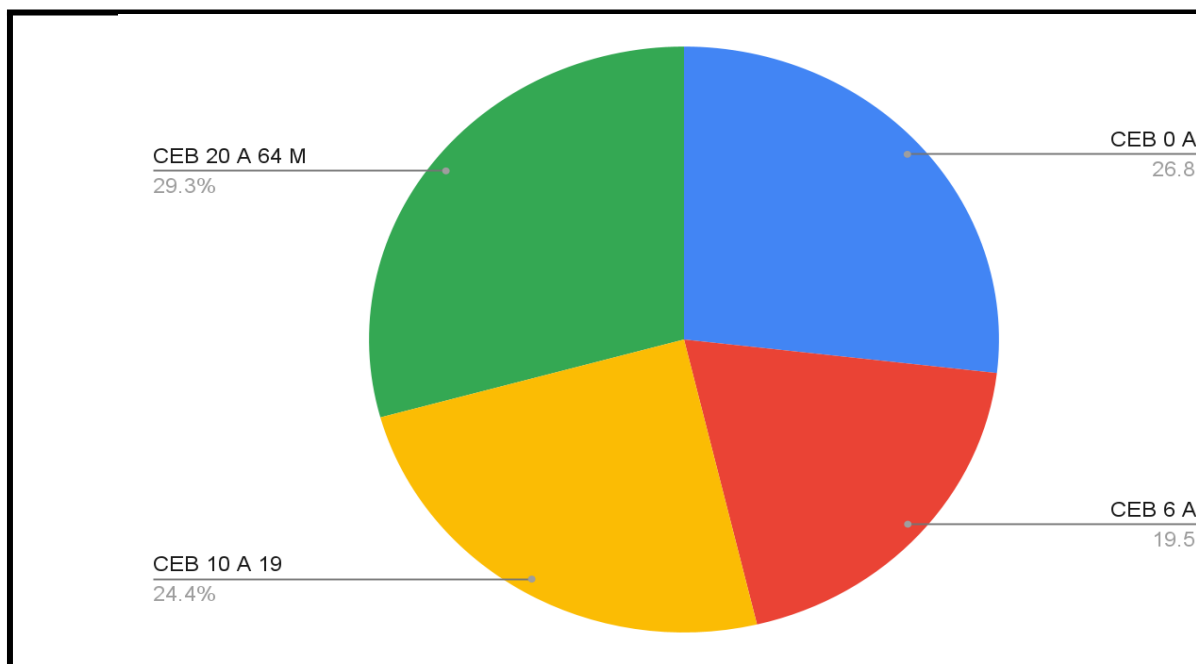
Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro



**Figura N° 11**  
*Personas Inscriptas sin CEB. Año 2017*



Fuente: Elaborado en base a los datos brindados por el Ministerio de Salud de la Provincia de Rio Negro.

**Figura N° 12***Personas Inscriptas con CEB. Año 2017*

Fuente: Elaborado en base a los datos brindados por el Ministerio de Salud de la Provincia de Rio Negro.

#### **Eje 4: Implementación del programa**

Se observó a través de las entrevistas, que el Programa incrementó el acceso a la salud de la población sin obra social, al ampliarse el rango etario hubo más beneficiarios y esto lleva a una mayor cantidad de prestaciones realizadas.

Desde la línea media jerárquica, nos relatan que la implementación del Programa Sumar está ligado al personal que realiza la tarea y que toda la responsabilidad de la misma recaerá sobre una sola persona, dejando a la deriva el Programa si falta o se enferma.

Según la Coordinadora del Programa Sumar del Ministerio de Salud, los obstáculos al momento de la implementación del Programa SUMAR fueron “la multiplicidad de registros, no solo para el Programa Sumar, sino también para todos los que se implementan a nivel local, en donde la falta de integración de los sistemas desemboca en una sobrecarga administrativa. También la falta de registros clínicos completos dificulta que el ciclo del procedimiento administrativo se complete de manera correcta, permitiendo una adecuada recuperación de los fondos de dicho programa”(Entrevista N° 1, Coordinadora del Programa Sumar del Ministerio de Salud, Año 2021).

Desde el personal abocado a la tarea en el CAPS del Barrio José M. Guido, cuando se expresan sobre la implementación del Programa Sumar, lo relacionan directamente con la accesibilidad que tiene el sistema para poder hacerse de los datos, y la posterior carga de las prestaciones, y qué cualquier personal del Centro de Salud puede acceder a los mismos.

Sabiendo que las Políticas Públicas surgen para dar respuestas a los problemas y desde las acciones y omisiones que plantea Oszlak y O'donnell (1981) hasta las acciones interrelacionadas que plantea Zeller (2007), para poder realizarlas se tiene en cuenta una serie de etapas, una de las cuales es la implementación, que si tomamos en cuenta lo que expone Martinez, Nogueira (1995), al hablar de estas acciones dentro de esta etapa, no solo se trata de distribuir las tareas y que sean llevadas adelante correctamente, sino también que el nivel operativo ejecute estas acciones de la manera más eficiente posible.

Si ubicamos a la línea media jerárquica el lugar de la conducción y de la redistribución de tareas, proveyendo las herramientas y condiciones necesarias para el éxito de la implementación del Programa Sumar en el CAPS del Barrio José M. Guido y al personal que trabaja en el CAPS del Barrio José M. Guido lo ubicamos en el Nivel Operativo de dicha etapa se puede observar a través de las entrevistas que los obstáculos que se presentan están relacionados con ciertas cuestiones técnicas del Programa Sumar. Los pasos operativos, deben contar con una explicación clara y sin tecnicismo para que el personal administrativo lo implemente sin dificultad. Debe existir coordinación entre los distintos con el fin de que haya entendimiento.

### **Eje 5: Normativa**

Se observa a través de las entrevistas que el grueso del equipo de salud ignora la existencia de una normativa vigente para llevar a cabo el procedimiento administrativo, mientras que, si bien algunos conocen que existe un respaldo legal para el Programa Sumar, pero ignoran su contenido.

Si bien existe un área de legales que se encarga de las normativas y de los compromisos de gestión, desde la línea media jerárquica existe un conocimiento profundo sobre las normativas, de donde provienen y cuál es su contenido.

Si nos remitimos a lo que planteo Fayol en la etapa de control, toda actividad se tiene que realizar bajo un programa trazado, a través del cual los errores pueden detectarse con anticipación; entonces, el desconocimiento de la existencia de la normativa, como así también de su contenido afecta directamente en la práctica, porque al no conocer las formas

correctas de llevar adelante el procedimiento administrativo del Programa SUMAR genera que se les pase algunos objetivos específicos que persigue, como por ejemplo: ¿qué durabilidad tiene las prestaciones realizadas antes de ser cargadas?.

### **Eje 6: Prestaciones que más ingresos generan**

Por medio de las entrevistas se observa que tanto de la línea media jerárquica como el personal que trabaja en el CAPS del Barrio José M. Guido, tienen conocimiento de las prestaciones y su relación con los ingresos que generan, entre las cuales aparece; el control de obstetricia, control de niño sano, control ginecológico y rondas sanitarias, entre otras. Cabe mencionar que al ser un centro de Atención Primaria, no se realizan prestaciones que conlleva mayor complejidad, como si las puede tener el Hospital Artémides Zatti.

El conocimiento de las prestaciones y su relación a los fondos transferidos, atribuye a trabajar con mayor conciencia el procedimiento administrativo, para incrementar los recursos en el CAPS, con el fin de lograr el objetivo principal que es una población sana.

### **Eje 7: Registración de las cargas de las prestaciones**

Las seis personas entrevistadas conocían muy bien la desventaja que tiene la no registración de las prestaciones que realiza el CAPS del Barrio José M. Guido, pero a su vez como se menciona en el eje 1, las dificultades para cargarlas va de la mano del mal funcionamiento de las computadoras, así como también por la falta de personal administrativo y médico para realizarlas.

Desde la línea media jerárquica, si bien tienen conocimiento de estas desventajas, pero no hay una intervención por parte de ellos.

Una de las entrevistadas, nos dijo que “si no se cargan las prestaciones, el CAPS del Barrio José M. Guido no recibe fondos”. En concordancia a esta afirmación, desde la línea media jerárquica afirman que; “sin estos fondos no se pueden realizar las mejoras edilicias, equipamiento y capacitación”

La “No” registración de las prestaciones realizadas en el CAPS del Barrio José M. Guido, provoca lo que vemos en el cuadro (Ver Figura N° 10), en donde no existe una reciprocidad entre las personas inscritas (PI) y las personas con cobertura efectiva básica (CEB), teniendo la primera un porcentaje mayor que la segunda.

El procedimiento administrativo del Programa Sumar no solamente se trata de captar a las personas sin cobertura de obra social, sino también su inscripción al Programa y su

seguimiento, que el mismo se realiza a través de las cargas de las prestaciones que el CAPS del Barrio José M. Guido le brinda.

**Figura N° 13:**  
*Cargas de las prestaciones en el SIGEP*

The screenshot shows the 'COMUN' section of the SIGEP system. The patient's details are as follows:

Apellido	ATAROLA HEYBOER
Nombre	CESAR WALDEMAR
Descripcion	No asignado
Numero Documento	92675330
Fecha Nacimiento	05-11-1957
Clavebeneficiario	2200700001157161
Activo	Si

Below the table, there are input fields for 'Fecha Prestacion', 'Prestacion', and 'Objeto Prestacion'. The 'Fecha Prestacion' field is empty. The 'Prestacion' and 'Objeto Prestacion' fields are dropdown menus with the text '(Esperando Seleccionar Fecha)' and '(Seleccione Tipo Prestación)' respectively.

The screenshot shows the form for recording a service. The fields are as follows:

- Fecha Prestacion \***: A date picker field.
- Prestacion**: A dropdown menu with the text '(Esperando Seleccionar Fecha)'.
- Objeto Prestacion**: A dropdown menu with the text '(Seleccione Tipo Prestación)'.
- Patologia / Diagnostico**: A dropdown menu with the text '(Seleccione Patología)'.
- Medico**: A text input field.
- Servicio**: A text input field.
- Id Efector \***: A dropdown menu with the text 'R03176 - CENTRO DE SALUD BARRIO GUIDO'.

At the bottom of the form, there is a green button labeled 'GUARDAR'.

Fuentes: Captura al sistema SIGEP del Centro de Salud del Barrio Guido

#### 5.4. Análisis FODA de la implementación del Procedimiento Administrativo del Programa SUMAR en el CAPS del Barrio José M. Guido

Como cierre a este capítulo se realizó un análisis FODA, permitiendo introducirnos al Capítulo VI: Conclusiones y Recomendaciones.

<b>FORTALEZAS</b>	<b>DEBILIDADES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Mejoró el acceso a la salud de la población sin obra social.</li> <li>❖ Apoyo del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Rio Negro.</li> <li>❖ Se amplió el rango etario de la población.</li> <li>❖ El CAPS del Barrio José M. Guido cuenta con recursos propios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Falta de capacitación.</li> <li>❖ Falta de recursos humanos.</li> <li>❖ El personal de salud desconoce la normativa por la que se lleva adelante el Programa SUMAR.</li> </ul>
<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Ayudó a realizar un seguimiento de los pacientes mes a mes y también al ampliar el grupo etario de beneficiarios, se cubrió una demanda no atendida por el Plan NACER..</li> <li>❖ Intensificar las cargas de las prestaciones que más ingresos generan.</li> <li>❖ Mejoras edilicias, y compras de equipamientos técnicos para la atención primaria de la salud (ej: balanza, tensiometro, oximetro etc)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Existen dificultades para cargar las prestaciones.</li> <li>❖ Existe una falta de integración de información, debido a que hay multiplicidad de registros de un mismo paciente.</li> <li>❖ Falta de tecnología avanzada.</li> </ul>

# **CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**



El presente trabajo de investigación analiza ¿De qué manera se realiza la implementación del procedimiento administrativo del Programa SUMAR, en el CAPS del Barrio José M. Guido, de la ciudad de Viedma, Río Negro, durante el período 2015-2020?.

La implementación del Programa SUMAR es una política pública Nacional creada por el Ministerio de Salud mediante las Resoluciones N° 1195/2012 y N° 1460/2012, cuyo objetivo es mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud en los niños/as, adolescentes de 6 a 19 años y adultos cuyo rango etario no superarse los 64 años de edad. Este programa forma parte de una estrategia del Ministerio de Salud de la Nación Argentina y se inició en el año 2012.

Se trabajó en una política de salud, poco estudiada, en base a la definición de Oszlak (1981); “acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita el interés y movilización de otros actores en la sociedad civil” (pág 14).

A propósito de la temática elegida, se emprendió una investigación teórica y epistemológica basada en el ciclo de las políticas públicas (Zeller, 2007), específicamente de la implementación (Martinez, Nogueira, 1995), en los procedimientos administrativos definidos según Fayol (citado en Narvaez, 1998) y en el Modelo de Gestión Pública basados en resultados.

A raíz del contenido de este Programa, nos centramos en la implementación del mismo en el CAPS del Barrio José M. Guido analizando el procedimiento administrativo. El análisis se centró a través de los agentes implicados en la implementación del Programa SUMAR, teniendo en cuenta su experiencia, habilidades e intereses y también se observó el comportamiento de la población objetivo de la política pública.

Desde esta perspectiva, se analizó la correlación que existe entre los responsables de llevar adelante el Programa Sumar en la unidad de análisis, y los encargados ejecutivos de la línea media jerárquica. Teniendo en cuenta también las falencias y los escasos recursos tecnológicos que se presentan para llevar adelante la implementación del Programa SUMAR.

La metodología de investigación utilizada fue de tipo cualitativa y cuantitativa; en donde a partir de entrevistas semi estructuradas y en profundidad desarrolladas a los agentes implicados con el Programa SUMAR, y a su vez el análisis de datos cuantitativos provistos por el Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro, se logrará presentar los hallazgos de dicha investigación que dan respuesta a las siguientes hipótesis.

En este trabajo de investigación se plantearon tres hipótesis, que surgieron de las primeras aproximaciones al objeto de estudio.

### 1º Hipótesis

*“El procedimiento administrativo del Programa SUMAR que se ocupa de la carga de las prestaciones de salud, no es cumplido en su totalidad en la Plataforma llamada “Sistema de Información del Empleado Público” dado que no se logra la carga de todas las prestaciones que se efectúan”.*

A través del análisis se puede concluir que la hipótesis planteada se cumple, dado que el personal de salud en su conjunto presenta dificultades para cargar las prestaciones. El incumplimiento de los compromisos de inscripción y cobertura generan no solo consecuencias en el financiamiento recibido en nuestra localidad, sino que también implica que las personas con derecho a gozar de las prestaciones de salud del Programa SUMAR, no tuvieron acceso al servicio, falta de recursos, mayor personal específico y materiales para las prácticas.

Las dificultades en la registración de las cargas de las prestaciones (como lo expresan los entrevistados o como se observa en los entrevistados), no es una cuestión de desgano, y desinterés, sino que la superposición con otros programas genera que haya un mayor interés en uno sobre otros. Además de esta situación, las prestaciones que se realizan por urgencias, no se logran cargar por falta de tiempo y datos. Por esto, el contexto en el que se debería llevar adelante el procedimiento administrativo no es el más adecuado, y gran parte de esta situación es por motus propia del personal, el cual no es mejor, ya que lo ideal sería que las cargas se realicen de forma diaria o semanal.

Al identificar a los actores principales de esta política pública y analizar los datos recolectados, como también no poder cargar el 100% de las prestaciones que se realizan en el CAPS José M. Guido, puede estar relacionado al total desconocimiento de la normativa, dado que en ella es donde se plasman los objetivos y metas planteados por el Programa Sumar.

A su vez, como el objetivo propuesto está orientado hacia las prestaciones que no son cargadas en su totalidad en el CAPS Jose M. Guido, debemos mencionar como factor importante: la falta de recursos humanos y tecnológico, que resultan imprescindibles para llevar a cabo de manera eficiente el procedimiento administrativo.

## 2º Hipótesis

*“Si bien la implementación del Programa SUMAR transfiere recursos económicos a las provincias y son los efectores quienes las reciben y deciden sobre el uso de esos fondos, el personal encargado de utilizar los fondos no conoce la influencia que posee en realizar el procedimiento correcto y el destino que debe darse a los mismos”.*

Siguiendo con el análisis, esta segunda hipótesis nos resulta como verdadera, al sumergirnos en los datos numéricos (Ver Figura N° 10), en los cuales se puede observar la disparidad que existe entre los beneficiarios con CEB y beneficiarios sin CEB, esto no se trata de una eventualidad, sino cada vez que un beneficiario recibe una prestación por parte de cualquier profesional del CAPS Jose M. Guido, la carga de la misma debe ser diaria o semanalmente, evitando así el perjuicio de que el pasar del tiempo.

Se observa a través del análisis numérico, que el porcentaje de inscriptos que tiene el CAPS del Barrio José M. Guido respecto a la totalidad de la Ciudad de Viedma (Ver Figura N° 8), es significativo, presenta un porcentaje del 3,83% sobre el total, por lo tanto el CAPS podrá en un futuro mejorar los aportes recibidos a partir de una adecuada carga de los beneficiarios. El destino de los fondos recibidos de éste programa se destina a:

## 3º Hipótesis

*“ El Centro de Salud del Barrio Guido no recibe la totalidad de recursos económicos que el Plan SUMAR le debe otorgar porque las prestaciones no son cargadas en su totalidad”.*

Se puede deducir que esta tercera hipótesis es verdadera, sabiendo que el Programa Sumar transfiere fondos por cada persona que no cuente con obra social y reciba atención en cualquier efector; estos fondos resultan una herramienta muy importante para el CAPS Jose M. Guido, pues al hacerse de ellos se logran realizar mejoras edilicias, equipamientos médicos y otros para la atención primaria, y tanto los beneficiarios del Programa Sumar como el total de la población pueden gozar de estas mejoras.

Al centrarnos en los pagos que el CAPS Jose M. Guido recibe por las prestaciones que son cargadas, también si analizamos la cantidad de población que pertenecen al Área Programa (11.500 personas según censos de Agentes Sanitarios, Ver Anexo N° 5: Relevamiento de Población y Registro de actividad domiciliarias de Agentes Sanitario), y lo comparamos con otros CAPS, por ejemplo el Puesto Sanitario San Javier, en el cual el Área Programa que cubre es de mucha menos población que el de nuestra unidad de análisis

(2500 personas según Censos de Agentes Sanitarios), se puede concluir .que no existe una correspondencia entre la cantidad de personas que son atendidas en cada uno de los CAPS, en relación a la facturación recibida (Ver Anexo N° 4 ), esto es pensando que el CAPS con más población en su Área Programa, es el que debería facturar más, y en este caso ocurre lo contrario, si bien puede surgir algún inconveniente que dificulta las cargas, pero la diferencia en ingresos de fondos en cada uno de los CAPS es muy grande.

Para finalizar, debemos reconocer la importancia del Programa Sumar para la población, que como se mencionó anteriormente en los capítulos, mejora la calidad de vida siendo beneficiario del mismo y a su vez, dicho programa atraviesa al CAPS José M. Guido por la generación de recursos propios por los cuales busca mejoras en la atención primaria de la salud.

A modo de reflexión, es oportuno considerar que el Estado siga garantizando los derechos en política de salud a través de estos programas, debe seguir implementando políticas sociales preventivas que resguarden y protejan a la población en su conjunto. Esto es pensado, sin tener en cuenta los resultados que generan las políticas públicas, las cuales muchas de ellas necesitan un tiempo de adaptación por parte de los actores que intervienen en su implementación.

También hay que considerar que en toda política pública existe un trabajo interdisciplinario que se divide en niveles tanto jerárquicos como operativos y que están atravesados por los canales de comunicación. Si esto falla, dificulta el éxito de la política pública.

A raíz de lo concluido, surgen las siguientes recomendaciones desde nuestro lugar, como futuros Licenciados en Administración Pública:

- Que la presente tesis tenga un aporte al momento de elaborar próximos proyectos de investigación relacionados a la implementación de las políticas públicas, especialmente del Programa SUMAR.
- Aprovechar el Sistema SIGEP que articula el Programa SUMAR con el Programa REDES, los cuales comparten varios usuarios en común.. El Programa REDES trabaja para contribuir en la prevención, promoción y atención de las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, la hipertensión arterial y las cardiovasculares, que son la principal causa de morbimortalidad en el país y en el mundo, y refuerza la necesidad de una reorganización y readecuación de los servicios de salud para brindar respuestas más integrales y equitativas a la población sin obra social. Por lo cual, sería recomendable que cada vez que un diabetico o

hipertenso reciba una prestación, al momento de cargarlo en el Programa REDES, automáticamente también ingrese al Programa SUMAR si reúne los requisitos.

- Teniendo en cuenta que la inscripción al Programa Sumar se realiza de manera presencial y gratuita en el CAPS más cercano, y que esta inscripción le sirve al ANSES verificar que en especial los niños de 0 a 6 meses de vida reciban los controles pediátricos en tiempo y forma, y de esta manera asegurarle el pago por nacimiento. Esta forma nos parece interesante implementarla, no solamente para tener un seguimiento de la atención de los niños, sino también que todo aquel que goce de un beneficio del ANSES; y que al momento de solicitarlo o hacerse del mismo, la constancia de inscripción al Programa Sumar, sirva como certificado de salud, en donde conste que ese beneficiario tuvo una atención médica en el último año. Esto permitirá que haya muchos más inscriptos al Programa Sumar y a su vez, más prestaciones cargadas.

- Incentivar al personal administrativo, personal médico y fundamentalmente a los referentes del Programa SUMAR a realizar más capacitaciones de carácter de obligatoriedad, de manera presencial, para que el CAPS, en este caso del Barrio José M. Guido se beneficie aún más del recurso económico que genera cada vez que una persona realiza una consulta y control a través del mismo. A su vez con esos recursos logra mejorar la calidad de la atención y profundiza el acceso y el ejercicio de los derechos a la salud de toda la población.

***REFERENCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS***

- Acuña, C.H y Chudnovsky, M (2002). El sistema de Salud en Argentina. Documento 60. Disponible en: <http://www.ccgsm.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>
- Alzugaray, R (2008). Ramon Carrillo, el fundador del sanitarismo nacional. Ed. Colihue. Buenos Aires.
- Barbeito R. y Lo Vuolo R. (1993). La nueva oscuridad de la política social: del estado populista al neoconservador”. p.155-117.
- Beccaria, A., Calamari, M., Curcio, J., y Walter, J.(2013). Monitoreo, luego aprendo. Los aprendizajes en la implementación de relaciones intergubernamentales basadas en desempeños del sector salud. La experiencia argentina a través del Plan Nacer. Documento de trabajo específico N° 2. Disponible en: <https://www.flacso.org.ar/wp-content/uploads/2013/10/Monitoreo-y-evaluación-de-Plan-Nacer.pdf>
- Carrillo Ramón (1951). Teoría del Hospital. Eudeba. Bs. As. Tomo I.
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986). Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Cendali, F; Pozo, L. (2008). Políticas de Salud en Argentina: Comparación de dos modelos. V Jornadas de Sociología de la UNLP, 10, 11, 12 de Diciembre de 2008, La Plata, Argentina. En memoria Académica. Disponible en: [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.5943/ev.5943.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.5943/ev.5943.pdf)
- CEPAL (1998). “La descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia Latinoamericana”. Disponible en: [https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/31142/S9800076\\_es.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/31142/S9800076_es.pdf)
- Colombati, F. (2014). Relación Nación-Provincia en salud: programa sumar en Mendoza [Tesis de Grado, Universidad Nacional de Cuyo]. Disponible en: [https://bdigital.uncuyo.edu.ar/objetos\\_digitales/6488/tesis-fcpys-cp-2014-colombati.pdf](https://bdigital.uncuyo.edu.ar/objetos_digitales/6488/tesis-fcpys-cp-2014-colombati.pdf)
- Cugat, F., Echeverría, M.P. y Faraone, G. (2015). El Programa Sumar y los talleres de expresión artística. Disponible en: [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/53736/Documento\\_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/53736/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- DECLARACIÓN DE ALMA ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. ALMA-ATA, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. PAHO. [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-at\\_declaracion](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-at_declaracion).
- Fayol, Henry & Taylor, F.W. (1987). “Administración industrial y general. Principios de la administración científica”. Editorial El Ateneo. p.106.
- Gomiz Antonio & Ruth Maldonado, Mirian. ¿ Con vocación universalista? La construcción de un sistema de salud en Rio Negro. En el VI Congreso Latinoamericano de Ciencia Política. ALACIP, Flacso Ecuador, Quito. Disponible en: <https://www.flacsoandes.edu.ec/agora/con-vocacion-universalista-la-construccion-de-un-sistema-de-salud-en-rio-negro>
- González, García, G. y Tobar, F. (1997). Más salud por el mismo dinero. Buenos Aires. En Grupo Editor Latinoamericano - Ediciones Isalud.

- Hernandez Sampieri y otros (1997). Metodología de la Investigación social. Mac Graw Hill. México. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- López S (2006). “Material para la materia Medicina Social”. Facultad de Trabajo Social. UNLP. Disponible en: [http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/lopez\\_el\\_sistema\\_de\\_salud\\_argentino\\_%20El%20sistema%20de%20salud%20Argentino.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/lopez_el_sistema_de_salud_argentino_%20El%20sistema%20de%20salud%20Argentino.pdf)
- Maceira Daniel (2020). “Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano”. Revista Estado y Políticas Públicas N°14. p 155-179. Disponible en: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/10469/16278/RFLA-CSO-EPP14-9-Maceira.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Marín, P.P.(2007). Reflexiones para considerar en una política pública de salud para las personas mayores. Revista Médica de Chile, 135(3), 392-398. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872007000300016](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000300016)
- Martinez Nogueira, R (1995). Análisis de las políticas públicas. Trabajo preparado para el Instituto Nacional de la Administración Pública. Disponible en: [https://www.academia.edu/11915294/ANALISIS\\_DE\\_POLITICAS\\_PUBLICAS\\_Roberto\\_Mart%C3%ADnez\\_Nogueira](https://www.academia.edu/11915294/ANALISIS_DE_POLITICAS_PUBLICAS_Roberto_Mart%C3%ADnez_Nogueira)
- Módulo 5. Políticas de Salud. Salud social y comunitaria. Disponible en: [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001030cnt-modulo\\_5\\_politicas-salud.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001030cnt-modulo_5_politicas-salud.pdf)
- Naranjo, M. (2014). La política de salud en Venezuela durante el período 1999- 2.012 aportes para su formulación e implementación. Comunidad y Salud, 12(2), 80-86. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3757/375740255011.pdf>
- Narváez, Jorge (1998). “Evolución del Pensamiento de Administración” en GELLI. (comp). “Qué es la Administración”. Ed. Macchi. p.95
- Ortega, Bolaños, J.A (2018). Las políticas de salud, un campo de estudio transdisciplinar. Revista de Salud Pública, 20(5), 649-654. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642018000500649&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642018000500649&script=sci_abstract&tlng=es)
- Ponce T(2007). La matriz FODA: alternativas de diagnóstico y determinación de estrategias de intervención en diversas organizaciones. Enseñanzas e investigación en psicología p. 114. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29212108.pdf>
- Rojas, Ochoa, F. (2011). Políticas sociales y salud de la población. Revista Cubana Salud Pública, 37(4), 362-365. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662011000400001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000400001)
- Salta, Mauricio H. (2005). Comparación de los sistemas de salud de Argentina, Canadá y EEUU. Departamento de Bioquímica Clínica. Área Tecnología en Salud Pública. Disponible en: [https://www.fbioyf.unr.edu.ar/evirtual/pluginfile.php/2794/mod\\_resource/content/0/5\\_Comparacion\\_de\\_los\\_sistemas\\_de\\_salud\\_de\\_Argentina\\_protegido.pdf](https://www.fbioyf.unr.edu.ar/evirtual/pluginfile.php/2794/mod_resource/content/0/5_Comparacion_de_los_sistemas_de_salud_de_Argentina_protegido.pdf)
- Tobar (1997). Reforma de los sistemas de salud en América Latina. Disponible en: <https://periferiaactiva.files.wordpress.com/2014/09/reforma-de-los-sistemas-de-salud-en-amca-latina.pdf>



- Tobar (2002). Modelos de Gestión en Salud. Disponible en: [https://www.academia.edu/36650684/Modelos\\_de\\_Gesti%C3%B3n\\_en\\_Salud](https://www.academia.edu/36650684/Modelos_de_Gesti%C3%B3n_en_Salud)
- Toha, Carolina & Solari, Ricardo (1996). La modernización del Estado y la Gerencia Pública. Disponible: [https://pedco.uncoma.edu.ar/pluginfile.php/665323/mod\\_resource/content/1/TohaSolari.pdf](https://pedco.uncoma.edu.ar/pluginfile.php/665323/mod_resource/content/1/TohaSolari.pdf)
- Victoria, G. (2014). Recursos Artísticos Articulados a la Salud Destinados a usuarios del PLAN SUMAR. Disponible en: [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/75187/Documento\\_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/75187/Documento_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. En: ArchMed Interna 2011; XXXIII (1). Uruguay: Prensa Médica Latinoamericana. (pp. 1114) recuperado en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
- Veronelli, J. Carlos y Veronelli Correch Magalí (2004). Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina. Tomo 2. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3477/argentina-salud-publica-historia-tomo2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Weisbrot, M. (2014). Evolución y transformación conceptual de la Atención Primaria de la Salud. Evidencia, Actualización En La práctica Ambulatoria, 17(3). p.100-103. Disponible en: [https://revistaeypp.flacso.org.ar/files/revistas/1590800112\\_155-179.pdf](https://revistaeypp.flacso.org.ar/files/revistas/1590800112_155-179.pdf)
- Zeller, N. (2007). Marco conceptual metodológico para el estudio de las políticas públicas. Dirección de Investigación. Disponible en: [http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/inap/20171117033554/pdf\\_319.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/inap/20171117033554/pdf_319.pdf)
- Zurro, A. Martín y Solá, G. Jodar (2011). Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria” Elsevier España, S.L. Disponible en: [https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/1\\_0.pdf](https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/1_0.pdf)

## FUENTES

### Normativas y documentos consultados

- Resolución N° 1460/2012 del Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/200000-204999/202026/norma.htm>
- Resolución N° 1195/2012 del Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/200000-204999/200893/texact.htm>
- Resolución N° 866/2015 del Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/127559/20150702>
- Manual de los efectores, Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Recuperado en: <http://programasumar.com.ar/manualefectores/index.ph>



# ANEXOS

## ANEXO N° 1: Guía de Entrevistas

1. Con respecto al Programa SUMAR: ¿Qué función desempeña? ¿Conoce o tiene relación con el procedimiento administrativo del Programa SUMAR?
2. ¿Cómo analiza usted el procedimiento administrativo del Programa SUMAR en los Centros de Salud del Área Programa Viedma?
3. ¿Cómo describe el procedimiento administrativo?
4. En relación al Programa SUMAR ¿Hubo capacitaciones con el personal cuando se comenzó con dicho programa? ¿Cuál es el tiempo o el lapso en que se realizan?
5. ¿Conoce el porcentaje de los beneficiarios del Programa Sumar en la localidad de Viedma? y específicamente del CAPS Barrio José M. Guido?
6. ¿Cuáles son los obstáculos que observa al momento de la implementación del Programa SUMAR?
7. ¿Hubo una resistencia al cambio del Plan NACER al Programa SUMAR por parte del personal?
8. Con respecto a lo legal, ¿puede decirnos bajo qué normativa está establecido el Programa?
9. ¿Tiene conocimiento de los recursos económicos que ingresan al Centro de Salud del Barrio José M. Guido mediante este programa? y en qué se gasta?
10. En relación al Control y Auditoría : ¿ Existen auditorías y controles? ¿ En qué consisten? ¿ En qué tiempo se efectúa?
11. ¿Cuáles son las prestaciones que generan más ingresos al centro de salud del Barrio Jose M. Guido?
12. ¿Qué le sumó la ampliación del Programa Nacer al Centro de salud del Barrio Jose M. Guido?
13. ¿Qué amenazas detecta que tiene la no registración de las cargas de las atenciones en el Centro de Salud del Barrio Guido?
14. ¿Conoce los beneficios del programa Sumar cada vez que se registra un nuevo beneficiario?
15. Si los fondos que se debitan al caps varían en cierta parte del año ¿ A qué se debe? ¿en que perjudica al CAPS?

## ANEXO N° 2: Normativas y Documentos consultados

Ministerio de Salud

SALUD PÚBLICA

### **Resolución 1195/2012**

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

Bs. As., 9/8/2012

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

CONSIDERANDO:

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

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

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

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

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

Que para la primera fase del PLAN NACER se previó la incorporación de las provincias pertenecientes a las regiones del NOA y NEA, por tratarse de las jurisdicciones que presentaban los índices más desfavorables de morbi-mortalidad materna e infantil.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

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

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD  
RESUELVE:

**Artículo 1°** — Modifícase la denominación del “PROGRAMA PARA LA CREACION DE SEGUROS DE MATERNIDAD E INFANCIA PROVINCIALES” creado por Resolución N°

198/03, por la de “PROGRAMA NACIONAL DE DESARROLLO DE SEGUROS PÚBLICOS DE SALUD”.

**Art. 2°** — Modifícanse los lineamientos definidos en el ANEXO I de la Resolución N° 198/03, por los que como ANEXO I forman parte integrante de la presente.

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

**Art. 4°** — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Juan L. Manzur.

## ANEXO I

### LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE DESARROLLO DE SEGURO PÚBLICOS DE SALUD

#### a) La política y estrategia sectorial del Gobierno Nacional.

En virtud del nivel de desarrollo y de los resultados alcanzados por los Seguros Materno Infantiles Provinciales en el marco del PLAN NACER, el Ministerio de Salud de la Nación considera como un pilar fundamental de la política sectorial para los próximos años el apoyo al desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud en todas las jurisdicciones del país y la creación de un Seguro Público Nacional de Salud para patologías específicas de baja incidencia y alto costo, con el objetivo de explicitar y mejorar la cobertura pública de salud, incrementar la utilización y calidad de los servicios de salud priorizados para la población sin cobertura explícita, y mejorar las capacidades de gestión institucional mediante mecanismos de financiamiento basados en resultados que se utilizarán en la relación con las jurisdicciones participantes y con los proveedores de servicios de salud.

#### b) Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud.

El Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud es una iniciativa que apoyará y financiará el desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud (SPS) en las provincias argentinas y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y de un Seguro Público Nacional para el caso de ciertas patologías de baja incidencia y alto costo.

Al inicio del programa los SPS tendrán como población objetivo a los niños y niñas de 0 a 9 años de edad, adolescentes entre 10 y 19 años de edad, y mujeres de 20 a 64 años de edad, que no cuenten con cobertura explícita de salud. Asimismo, durante la ejecución del programa se programará la incorporación de nuevos grupos poblacionales a la cobertura de los Seguros Públicos Provinciales de Salud.

Las jurisdicciones participantes deberán garantizar a la población inscrita al SPS un conjunto de prestaciones y cuidados de salud priorizados, que será definido por el Ministerio de Salud de la Nación, y que conformará el Nomenclador Único del Programa. Siendo uno de los objetivos centrales del programa explicitar y mejorar la cobertura de salud dentro del subsector público,



durante la ejecución del mismo se analizará la posibilidad de incorporar de manera secuenciada nuevas prestaciones y cuidados de salud que serán priorizados en función de criterios técnicos y de política sanitaria, previamente establecidos.

#### b.1) Seguros Públicos Provinciales de Salud

Los SPS contarán con la asistencia financiera del Ministerio de Salud de la Nación a través de transferencias capitadas que serán definidas bajo un modelo de financiamiento basado en resultados, y se encontrarán vinculadas al desempeño en inscripción y cobertura efectiva de la población objetivo, y al cumplimiento de metas sanitarias en cada una de las jurisdicciones. Las transferencias capitadas estarán destinadas a cubrir las brechas de cobertura y calidad existentes en las jurisdicciones participantes respecto del conjunto de prestaciones y cuidados de salud que integrarán el Nomenclador Único del programa.

El valor de la cápita será definido por el Ministerio de Salud de la Nación, será único para todas las provincias participantes, y su monto podrá ser actualizado durante la vigencia del programa. Asimismo, la Nación financiará asistencia técnica para el desarrollo de los SPS y equipamiento requerido para el fortalecimiento de la red pública de establecimientos de las provincias participantes.

Con el objetivo de lograr la sustentabilidad del programa se establece que las transferencias capitadas que recibirán los Seguros Públicos Provinciales de Salud serán definidas bajo un esquema de financiamiento decreciente de la Nación, en donde las provincias co-financiarán las mismas. Durante la vigencia del programa el financiamiento de la Nación en ningún caso será inferior al previsto en el convenio de préstamo N° 8062-AR.

Los fondos transferidos por la Nación bajo la modalidad capitada serán administrados en cuentas bancarias específicas, incorporados al presupuesto provincial y podrán ser utilizados por los SPS exclusivamente a los fines de pagar prestaciones y cuidados de salud que integren el Nomenclador vigente, que hayan sido brindados por los establecimientos contratados a personas inscriptas en los Seguros Públicos Provinciales de Salud.

Los SPS mantendrán la información contable que refleje la utilización de los fondos con los fines establecidos e informarán al Programa la utilización y saldos disponibles, no requiriéndose otra documentación para efectuar la rendición de las transferencias realizadas.

El Programa contará con una auditoría externa independiente que tendrá como objetivo general verificar que los datos relacionados con la población elegible y la provisión de servicios de salud constituyen una base confiable para la transferencia de recursos de la Nación a las Provincias, y de éstas a los proveedores de servicios de salud contratados por los Seguros Públicos de Salud.

Respecto a la contratación de prestadores, el Ministerio de Salud de la Nación definirá marcos de rectoría, donde las provincias tendrán la libertad de contratar establecimientos de la red pública, y subsidiariamente prestadores privados, a los fines de garantizar la provisión de las prestaciones y cuidados de salud priorizados por el programa.

La relación de la Nación y las jurisdicciones participantes se encontrará definida por un Convenio Marco de Participación, donde se establecerán los derechos y obligaciones de las partes durante la ejecución del programa. Adicionalmente, previo al inicio de cada ejercicio las partes suscribirán Compromisos Anuales de Gestión donde se definirán estrategias y acciones a los efectos de alcanzar los objetivos del Programa, y en el que se definirán metas y resultados esperados durante el período. Asimismo, el Programa contará con un Reglamento Operativo donde se definirán sus normas de funcionamiento y el cual podrá ser modificado por el Ministerio de Salud de la Nación durante la ejecución del mismo.

#### b.2.) Seguro Nacional de Salud

Se prevé el diseño e implementación de un Seguro Público Nacional de Salud destinado a garantizar el acceso a la atención de calidad de las patologías de alto costo y baja incidencia seleccionadas de acuerdo a un Nomenclador específico definido por el Ministerio de Salud de la Nación.

El modelo de financiamiento de dicho seguro seguirá el modelo de las transferencias capitadas de los seguros públicos provinciales de salud, en los términos previstos en el Convenio de Préstamo N° 8062-AR, previéndose la asignación de fondos de acuerdo a una cápita ajustada por inscripción a cada Seguro Público Provincial de Salud y por los resultados obtenidos en relación a un conjunto de indicadores de desempeño que formarán parte de una matriz de trazadoras específica. El financiamiento podrá ser utilizado para el pago de prestaciones y cuidados de salud que integren el Nomenclador del programa, y que hayan sido brindados por los establecimientos contratados a personas inscriptas en los Seguros Públicos Provinciales de Salud.

#### c) Evaluación del Programa

El Programa, en su diseño, prevé medir el impacto de su estrategia sobre la situación de salud de su población beneficiaria y sobre el comportamiento de los equipos de salud. La evaluación de impacto es parte de una agenda más amplia de una política basada en la evidencia, donde el foco es colocado sobre los resultados. Esta lógica requiere atribuir efectos causales que permitan distinguir con rigurosidad metodológica las intervenciones más eficaces, con el objeto de sentar bases sólidas para avanzar sobre iniciativas que se revelen satisfactorias en términos de su costo-efectividad, o reformular aquellas que no reporten los resultados esperados.

Ministerio de Salud

SALUD PÚBLICA

**Resolución 1460/2012**

“Programa Sumar” y/o “Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud”. Sustitúyase Anexo I de la Resolución N° 1195/2012. Lineamientos.

Bs. As., 7/9/2012

VISTO el Expediente N° 2002-13896/11-0 del registro del MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, el Contrato de Préstamo BIRF N° 8062-AR suscripto con fecha 6 de agosto de 2012 entre la REPÚBLICA ARGENTINA y el BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUCCIÓN Y FOMENTO (BIRF), las Resoluciones N°198/03 y N° 1195/12 de este Ministerio respectivamente, y

CONSIDERANDO:

Que con fecha 16 de julio de 2012 mediante Decreto N° 1183 se aprobó el modelo de Contrato de Préstamo N° 8062-AR a suscribirse entre la REPÚBLICA ARGENTINA y el BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUCCIÓN Y FOMENTO —BIRF— por hasta la suma de DOLARES ESTADOUNIDENSES CUATROCIENTOS MILLONES (US\$ 400.000.000) destinado a financiar parcialmente el “PROYECTO DE DESARROLLO DE SEGUROS PÚBLICOS PROVINCIALES DE SALUD”.

Que por el artículo 1° de la Resolución Ministerial N° 1195/12 se modifica la denominación del “PROGRAMA PARA LA CREACIÓN DE SEGUROS DE MATERNIDAD E INFANCIA PROVINCIALES” creado por Resolución N° 198/03, por la de “PROGRAMA NACIONAL DE DESARROLLO DE SEGUROS PÚBLICOS DE SALUD”.

Que con el objeto de lograr una fácil identificación del “PROGRAMA NACIONAL DE DESARROLLO DE SEGUROS PÚBLICOS DE SALUD” por parte de la población beneficiaria y de la sociedad argentina en su totalidad y la eficiente comunicación y difusión del mismo, resulta indispensable, a dichos fines, denominarlo “PROGRAMA SUMAR”.

Que asimismo se ha detectado la necesidad de ampliar el contenido de los “LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE DESARROLLO DE SEGUROS PÚBLICOS DE SALUD” que se encuentran desarrollados en el Anexo I de la Resolución N° 1195/12.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente medida se dicta en ejercicio de la competencia atribuida por la ley de Ministerios - T.O. 1992, modificada por su similar Ley 26.338.

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD

RESUELVE:

Artículo 1º — Denomínase Indistintamente “PROGRAMA SUMAR” y/o “PROGRAMA NACIONAL DE DESARROLLO DE SEGUROS PÚBLICOS DE SALUD”, con el objeto de lograr una fácil identificación del proyecto citado por parte de la población beneficiaria y de la sociedad argentina en su totalidad, y la eficiente comunicación y difusión del mismo.

Art. 2º — El uso de las denominaciones “PROGRAMA NACIONAL DE DESARROLLO DE SEGUROS PÚBLICOS DE SALUD” y “PROGRAMA SUMAR” será indistinto en relación a los documentos internos de relación con las Provincias y en la documentación de la UNIDAD EJECUTORA CENTRAL (UEC) del Proyecto.

Art. 3º — Sustitúyase el Anexo I “Lineamientos del Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud” de la Resolución N° 1195/12 por el Anexo I de la presente.

Art. 4º — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Juan L. Manzur.

ANEXO I

## LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE DESARROLLO DE SEGUROS PÚBLICOS DE SALUD

a) La política y estrategia sectorial del Gobierno Nacional.

En virtud del nivel de desarrollo y de los resultados alcanzados por los Seguros Materno Infantiles Provinciales en el marco del PLAN NACER, el Ministerio de Salud de la Nación considera como un pilar fundamental de la política sectorial para los próximos años el apoyo al desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud en todas las jurisdicciones del país y la creación de un Seguro Público Nacional de Salud para patologías específicas de baja incidencia y alto costo, con el objetivo de explicitar y mejorar la cobertura pública de salud, incrementar la utilización y calidad de los servicios de salud priorizados para la población sin cobertura explícita, y mejorar las capacidades de gestión institucional mediante mecanismos de financiamiento basados en resultados que se utilizarán en la relación con las jurisdicciones participantes y con los proveedores de servicios de salud.

## b) Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud.

El Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud es una iniciativa que apoyará y financiará el desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud (SPS) en las provincias argentinas y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y de un Seguro Público Nacional para el caso de ciertas patologías de baja incidencia y alto costo.

Al inicio del programa los SPS tendrán como población objetivo a los niños y niñas de 0 a 9 años de edad, adolescentes entre 10 y 19 años de edad, y mujeres de 20 a 64 años de edad, que no cuenten con cobertura explícita de salud. Asimismo, durante la ejecución del programa se programará la incorporación de nuevos grupos poblacionales a la cobertura de los Seguros Públicos Provinciales de Salud. Las jurisdicciones participantes deberán garantizar a la población inscrita al SPS un conjunto de prestaciones y cuidados de salud priorizados, que será definido por el Ministerio de Salud de la Nación, y que conformará el Nomenclador Único del Programa. Siendo uno de los objetivos centrales del programa explicitar y mejorar la cobertura de salud dentro del subsector público, durante la ejecución del mismo se analizará la posibilidad de incorporar de manera secuenciada nuevas prestaciones y cuidados de salud que serán priorizados en función de criterios técnicos y de política sanitaria, previamente establecidos.

### b.1) Seguros Públicos Provinciales de Salud

Los SPS contarán con la asistencia financiera del Ministerio de Salud De la Nación a través de transferencias capitadas que serán definidas bajo un modelo de financiamiento basado en resultados, y se encontrarán vinculadas al desempeño en inscripción y cobertura efectiva de la población objetivo, y al cumplimiento de metas sanitarias en cada una de las jurisdicciones. Las transferencias capitalizadas estarán destinadas a cubrir las brechas de cobertura y calidad existentes en las jurisdicciones participantes respecto del conjunto de prestaciones y cuidados de salud que integrarán el Nomenclador Único del programa.

El valor de la cápita será definido por el Ministerio de Salud de la Nación, será único para todas las provincias participantes, y su monto podrá ser actualizado durante la vigencia del programa. Asimismo, la Nación financiará asistencia técnica para el desarrollo de los SPS y equipamiento requerido para el fortalecimiento de la red pública de establecimientos de las provincias participantes.

Con el objetivo de lograr la sustentabilidad del programa se establece que las transferencias capitalizadas que recibirán los Seguros Públicos Provinciales de Salud serán definidas bajo un esquema de financiamiento decreciente de la Nación, en donde las provincias co-financiarán las mismas. Durante la vigencia del programa el financiamiento de la Nación En ningún caso será inferior al previsto en el convenio de préstamo N°8062-AR.

Los fondos transferidos por la Nación bajo la modalidad capitada serán administrados en cuentas bancarias específicas, incorporados al presupuesto provincial y podrán ser utilizados por los SPS exclusivamente a los fines de pagar prestaciones y cuidados de salud que integren el Nomenclador vigente, que hayan sido brindados por los establecimientos contratados a personas inscritas en los Seguros Públicos Provinciales de Salud.

Los SPS mantendrán la información contable que refleje la utilización de los fondos con los fines establecidos e informarán al Programa la utilización y saldos disponibles, no requiriéndose otra documentación para efectuar la rendición de las transferencias realizadas. El Programa contará con una auditoría externa independiente que tendrá como objetivo general verificar que los datos relacionados con la población elegible y la provisión de servicios de salud constituyen una base confiable para la transferencia de recursos de la Nación a las Provincias, y de éstas a los proveedores de servicios de salud contratados por los Seguros Públicos de Salud.

Respecto a la contratación de prestadores, el Ministerio de Salud de la Nación definirá marcos de rectoría, donde las provincias tendrán la libertad de contratar establecimientos de la red pública, y subsidiariamente prestadores privados, a los fines de garantizar la provisión de las prestaciones y cuidados de salud priorizados por el programa.

La relación de la Nación y las jurisdicciones participantes se encontrará definida por un Convenio Marco de Participación, donde se establecerán los derechos y obligaciones de las partes durante la ejecución del programa. Adicionalmente, previo al inicio de cada ejercicio las partes suscribirán Compromisos Anuales de Gestión donde se definirán estrategias y acciones a los efectos de alcanzar los objetivos del Programa, y en el que se definirán metas y resultados esperados durante el período. Asimismo, el Programa contará con un Reglamento Operativo donde se definirán sus normas de funcionamiento y el cual podrá ser modificado por el Ministerio de Salud de la Nación durante la ejecución del mismo.

#### b.2.) Seguro Nacional de Salud

Se prevé el diseño e implementación de un Seguro Público Nacional de Salud destinado a garantizar el acceso a la atención de calidad de las patologías de alto costo y baja incidencia seleccionadas de acuerdo al Nomenclador específico definido por el Ministerio de Salud de la Nación.

El modelo de financiamiento de dicho seguro seguirá el modelo de las transferencias capitadas de los seguros públicos provinciales de salud, en los términos previstos en el Convenio de Préstamo N° 8062-AR, previéndose la asignación de fondos de acuerdo a una cápita ajustada por inscripción a cada Seguro Público Provincial de Salud y por los resultados obtenidos en relación a un conjunto de indicadores de desempeño que formarán parte de una matriz de trazadoras específica. El Financiamiento podrá ser utilizado para el pago de prestaciones y cuidados de salud que integren el Nomenclador del programa, y que hayan sido brindados por los establecimientos contratados a personas inscriptas en los Seguros Públicos Provinciales de Salud.

#### c) Evaluación del Programa

El Programa, en su diseño, prevé medir el impacto de su estrategia sobre la situación de salud de su población beneficiaria y sobre el comportamiento de los equipos de salud. La evaluación de impacto es parte de una agenda más amplia de una política basada en la evidencia, donde el foco es colocado sobre los resultados. Esta lógica requiere atribuir efectos causales que permitan distinguir con rigurosidad metodológica las intervenciones más eficaces, con el objeto de sentar bases sólidas para avanzar sobre iniciativas que se

revelen satisfactorias en términos de su costo-efectividad, o reformular aquellas que no reporten los resultados esperados.

## MINISTERIO DE SALUD

### **Resolución N° 866/2015**

Bs. As., 29/06/2015

VISTO el Expediente N° 1-2002-7158/15-9 del registro del MINISTERIO DE SALUD, el Contrato de Préstamo BIRF N° 8062-AR suscripto con fecha 6 de Agosto de 2012 entre la REPÚBLICA ARGENTINA y el BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUCCIÓN Y FOMENTO (BIRF), las Resoluciones N° 1195/12 y N° 1460/12 de este Ministerio respectivamente, y

#### CONSIDERANDO:

Que el PROGRAMA SUMAR (en adelante “el Programa”) es una política federal de desarrollo de Seguros Públicos de Salud para la población con cobertura del sector público, cuyo objetivo es explicitar y garantizar el acceso a un conjunto de prestaciones y cuidados de salud priorizados a través del Plan de Servicios de Salud del Programa.

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

Que desde su inicio, el Programa ha definido una estrategia de desarrollo y expansión gradual y secuenciada respecto a su alcance territorial, poblacional y prestacional.

Que en tal sentido, a partir del año 2004 brindó cobertura a la población materno infantil en las provincias del NOA y NEA, ampliando su alcance en el año 2007 al resto de las provincias del país.

Que a partir del año 2010 el Programa extendió su cobertura hacia la atención de las Cardiopatías Congénitas, para luego ampliar la misma hacia la atención Perinatal de Alta Complejidad (mayo 2012).

Que en agosto de 2012, su cobertura se extendió hacia nuevos grupos poblacionales, incluyendo niños y niñas de SEIS (6) a NUEVE (9) años, adolescentes de DIEZ (10) a DIECINUEVE (19) años, y mujeres de VEINTE (20) a SESENTA Y CUATRO (64) años de edad.

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

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

Que la estrategia desarrollada por el Programa ha potenciado el rol de rectoría de la Nación, fortaleciendo los sistemas provinciales de salud, y moderando las inequidades territoriales en el acceso efectivo al derecho a la salud por parte de la población.

Que los resultados nominados generados por el Programa se han constituido en información altamente relevante para la construcción y articulación de políticas públicas a nivel nacional. Políticas como la Asignación Universal por Hijo y Embarazo y el PROGRESAR, han podido incrementar su efectividad como resultado de su integración institucional con el PROGRAMA SUMAR.

Que la generación de información sanitaria confiable y oportuna respecto del estado de salud de la población ha sido un aspecto distintivo y destacado del Programa, por cuanto la misma se ha convertido en un insumo crítico para la gestión sanitaria tanto a nivel nacional como provincial, permitiendo tomar decisiones en base a la evidencia.

Que la implementación del PROGRAMA SUMAR ha generado un fuerte proceso de empoderamiento de los equipos de salud del sector público, como actores claves para la obtención de mejores resultados de salud, otorgando a los mismos autonomía para la administración de los recursos generados en el marco del Programa, y fortaleciendo sus capacidades de planificación y gestión.

Que la nominación de la población bajo cobertura del sector público y la asignación de la misma a un establecimiento de salud de referencia ha permitido revalorizar el concepto de “población a cargo”, generando las herramientas necesarias para que los equipos de salud trabajen en disminuir las brechas de acceso y mejorar los niveles de utilización de las prestaciones priorizadas.



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

Que en el marco de la estrategia de institucionalización del PROGRAMA SUMAR resulta relevante destacar que actualmente todas las provincias del país se encuentran cofinanciando con recursos locales el modelo de gestión y cobertura explícita implementado a partir del Programa, a través del financiamiento de las transferencias capitadas y los recursos humanos que integran las Unidades de Gestión de los Seguros Provinciales de Salud (UGSP).

Que en virtud de las razones expuestas, resulta de interés del Gobierno Argentino extender la cobertura del Programa a los efectos de la inclusión del hombre adulto desde los VEINTE (20) a SESENTA Y CUATRO (64) años de edad inclusive dentro de su población objetivo, con el propósito de continuar mejorando la salud de la población que cuenta con cobertura del sector público.

Que a los efectos del financiamiento de la ampliación de la cobertura del Programa, el Gobierno Argentino ha iniciado la negociación de un nuevo Convenio de Préstamo con el BIRF, denominado Proyecto de Ampliación de la Cobertura y el Financiamiento de los Seguros Públicos Provinciales de Salud (PACFSPPS). En consecuencia, encontrándose en ejecución el Convenio de Préstamo BIRF N° 8062-AR, los Seguros Públicos Provinciales de Salud contarán con financiamiento de la Nación a través de ambos convenios de préstamo.

Que en el Proyecto mencionado se encuentra previsto un reconocimiento de gasto retroactivo de las transferencias que se realizaren a las Provincias en cumplimiento de la presente norma, que pudieran ser efectuadas con fondos del Gobierno Nacional.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente medida se dicta en virtud de las atribuciones conferidas en la Ley de Ministerios - T.O. 1992, modificada por su similar Ley 26.338.

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD

RESUELVE:

ARTÍCULO 1° — Dáse por extendido a partir del mes de abril de 2015 la cobertura del PROGRAMA SUMAR a los hombres de VEINTE (20) a SESENTA Y CUATRO (64) años de edad que cuenten con cobertura exclusiva del Sector Público de Salud.

ARTÍCULO 2° — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Dr. DANIEL GUSTAVO GOLLAN, Ministro de Salud.

### ANEXO N° 3: Informe de Gestión

#### Informe de visita a Efectores Priorizados

**Efector:** CAPS Barrio Guido

Área Programa Viedma

**Fecha:** 19 de Agosto de 2015

**Participantes:** Alejandra Sosa, Melisa Fuentes, y Lucia Beroqui del UGSP, personal administrativo y de salud del efector.

**Descripción:** Brevemente se explica sobre esta estrategia. Luego se pregunta sobre la lectura del informe -previamente enviado- que contiene las metas a monitorear por este efector, y comenzar a mostrar los avances en el seguimiento de cada objetivo. Para ello, los referentes del programa le presentan el seguimiento realizado en el primer bimestre del segundo cuatrimestre. Los indicadores del informe se refieren a la Cobertura Efectiva Básica, la reducción de la morbimortalidad materno infantil, y el acceso de los adolescentes al sistema de salud. Previamente se explicó que es la CEB y cuáles son las prestaciones que otorgan esta condición.

Con respecto a la CEB, fue necesario que se dejase el listado de prestaciones que brindan esta condición ya que el personal médico y administrativo la desconocían. Sobre la CEB de niños de 6 a 9 se explicaron las estrategias posibles para poder aumentar este indicador, por ejemplo cargar planillas de sanidad escolar. Sobre el nivel de actividad extramuro se acotó que se están realizando las rondas pero que no han cargado ninguna, lo mismo sucede con Búsqueda Activa de Adolescente. Asimismo, evaluando el segundo indicador, reducción de la morbimortalidad, se acota que las embarazadas de riesgo son atendidas en el Hospital. Sobre la búsqueda activa de embarazadas, si bien se han realizado, no se han cargado las prestaciones. En tercer lugar, se habló sobre el indicador de acceso de adolescentes al sistema de salud. En este sentido, como se ha venido registrando, este grupo poblacionales es reacio a acercarse al efector, por ello se hizo hincapié en los talleres. El personal del CAPS expresa que no se han realizado talleres en todo el año, sin embargo ha demostrado buena predisposición para organizarlo a la brevedad posible. Sobre el control de salud del adolescente, se recomendó cargar a quienes se acercan al efector por el Programa Progresar para lograr mejorar esta meta. Con respecto al control odontológico de este grupo poblacional se nos informa que no se realizan consultas diariamente, sino que el odontólogo

solo va una vez a la semana, con lo cual no llega a atender a todos los pacientes que lo desean. Sobre la última meta, vacunación del HPV, afirman que se realizan muchas de estas prestaciones pero que no las han cargado.

Por último, se informa que al cabo de unos meses se unifican el sistema de cargas con otros programas como REDES, con lo cual aumentaron las prestaciones que requieren de un aumento para alcanzar las metas. Para el personal del CAPS esto es muy importante y valoran el trabajo que se está realizando para conseguirlo, ya que de esta forma se alivia su trabajo.

**Observación:** En el Centro de Salud existen dificultades para cargar presentaciones debido al mal funcionamiento de la PC, también el problema se vislumbra con la faltante de personal administrativo para realizar las cargas, y el personal existente se ve obstaculizado debido a la

cantidad de programas nuevos que requieren de registros y trabajos administrativos. También se indica que muchos pacientes que se atienden en este CAPS figuran con Obra Social aunque no la tienen.

Se solicita que se realice otra capacitación para octubre ya que pronto se renovará personal y es necesario retomar algunos conceptos claves del programa.

Por último, se ve un compromiso por parte de los administrativos de cargar más prestaciones para superar las metas.

## Informe de Gestión Local de los Efectores Priorizados del Programa SUMAR

Efeotor: R03176 CAPS Barrio Guido – HAP Viedma

Monitoreo y Metas 2015

Todos los años la provincia genera un documento en el cual determina metas a cumplir durante el año. Para evaluar estas metas se seleccionan efectores, los cuales serán monitoreados y acompañados para lograr el cumplimiento de estas.

Los objetivos y metas a cumplir por este efector son las siguientes:

### 1. Incrementar la población con cobertura efectiva básica a cargo

#### 1. Población con CEB

El indicador mide el porcentaje de beneficiarios a cargo del efector con Cobertura Efectiva Básica (CEB)	Número de inscriptos asignados al efector con cobertura efectiva básica (CEB)		(1) Numerador						
	Número de inscriptos asignados al efector		(2) Denominador						
Meta				Observado			% de cumplimiento de la meta		
Línea de Base	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC
46,00%	48,61%	51,52%	55,13%	169 <sup>(1)</sup>	0	0	90%		
				386 <sup>(2)</sup>	0	0			
				44%					

Monitoreo del primer bimestre del segundo cuatrimestre.

Meta				Observado			% de cumplimiento de la meta		
Línea de Base	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC
46,00%	48,61%	51,52%	55,13%	169 <sup>(1)</sup>	193 <sup>(1)</sup>	0	90%	94%	
				386 <sup>(2)</sup>	400 <sup>(2)</sup>	0			
				43,78%	48,25%				

Observación: Por lo menos se requiere la carga de 10 prestaciones para alcanzar la meta.

Estrategias para el cumplimiento de metas:

Aumentar la inscripción de beneficiarios

Mejorar la carga de prestaciones en el sistema

Tener en cuenta las prestaciones que otorgan la condición de CEB

## 2. Niños de 6 a 9 años con CEB

El indicador mide el porcentaje de niños de 6 a 9 años de edad beneficiarios a cargo del efector con Cobertura Efectiva Básica (CEB)	Número de niños inscriptos de 6 - 9 años asignados al efector con cobertura efectiva básica (CEB)	(1) Numerador
	Número de niños inscriptos de 6 - 9 años asignados al efector	(2) Denominador

Meta				Observado			% de cumplimiento de la meta		
Línea de Base	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC
40,00%	43,05%	47,35%	54,45%	34 <sup>(1)</sup>	0	0	84%		
				94 <sup>(2)</sup>	0	0			
				36%					

Monitoreo del primer bimestre del segundo cuatrimestre.

Meta				Observado			% de cumplimiento de la meta		
Línea de Base	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC
40,00%	43,09%	47,35%	54,45%	34 <sup>(1)</sup>	43 <sup>(1)</sup>	0	84%	95%	
				94 <sup>(2)</sup>	96 <sup>(2)</sup>	0			
				36,17%	44,79%				

Observación: Se requieren al menos 4 prestaciones para alcanzar la meta.

Estrategias para el cumplimiento de metas:

Tener en cuenta Sanidad Escolar

Aumentar el registro de las consultas de niños de 6 a 9 años

Agilizar el sistema de cargas de prestaciones

## 3. Nivel de actividad extramuros

El indicador mide el cumplimiento de las actividades extramuro esperadas por cada efector	Número de diagnósticos socio-epidemiológicos de población en riesgo (informe final de ronda entregado y aprobado) realizados y facturados por el efector
---	--

Meta				Observado			% de cumplimiento de la meta		
Línea de Base	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC
0	1	1	2	0	0	0	0%	0%	0%
				0					

Monitoreo del primer bimestre del segundo cuatrimestre.

Línea de Base	Meta			Observado			% de cumplimiento de la meta		
	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC
0	1,00	1,00	2,00	0	0	0	0%	0%	0%
				0	0				

Estrategias para el cumplimiento de metas:

Comenzar a cargar las rondas sanitarias.

#### 4. Búsqueda activa de adolescentes

<p>El indicador mide el cumplimiento de las búsquedas activas de adolescentes para valoración integral y de embarazadas adolescentes por agente sanitario y/o personal de salud esperadas por cada efector</p>	<p>Número de búsquedas activas de adolescentes para valoración integral y de embarazadas adolescentes por agente sanitario y/o personal de salud realizadas y facturadas por el efector</p>
--	---

Línea de Base	Meta			Observado			% de cumplimiento de la meta		
	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC
0	1	1	1	0	0	0	0%	0%	0%
				0					

Monitoreo del primer bimestre del segundo cuatrimestre.

Línea de Base	Meta			Observado			% de cumplimiento de la meta		
	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC
0	1,00	1,00	1,00	0	0	0	0%	0%	0%
				0	0				

Estrategias para el cumplimiento de metas:

Comenzar a cargar esta prestación.

## 2. Reducción de la Morbilidad

### 2.1 Detección de factores de riesgo

Consideraciones: luego de facturar la consulta de control prenatal, en aquellas gestantes que tienen al menos un factor de riesgo (son el 30% de los embarazos) deben volver a beneficiario y emitir nueva factura por la identificación de factores de riesgo (se factura como una nueva prestación). Esta prestación no requiere datos obligatorios mínimos, solo deben ingresar en el ítem "alta complejidad" y elegir NT N004.

El indicador mide el nivel de notificación de embarazos de alto riesgo a cargo del efector	Número de embarazadas inscriptas a cargo del efector con notificación de factores de Riesgo (NT N004 Z35.0 - Z35.1 - Z35.2 - Z35.3 - Z35.4 - Z35.5 - Z35.6 - Z35.7 - Z35.8 - Z35.9) facturada y aprobada por el SPS	(1) Numerador
	Número de embarazadas inscriptas a cargo del efector con potenciales factores de riesgo (un 30% de todos los embarazos aprox)	(2) Denominador

Meta				Observado			% de cumplimiento de la meta		
Línea de Base	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC
0,0%	30,00%	32,00%	35,20%	0 <sup>(1)</sup>	0	0	0%		
				2 <sup>(2)</sup>	0	0			
				0%					

Monitoreo del primer bimestre del segundo cuatrimestre.

Meta				Observado			% de cumplimiento de la meta		
Línea de Base	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC
0,00%	30,00%	32,00%	35,20%	0 <sup>(1)</sup>	0 <sup>(1)</sup>	0	0%		
				2 <sup>(2)</sup>	0 <sup>(2)</sup>	0			
				0,00%	0,00%				

Estrategias para el cumplimiento de metas:

Aunque el seguimiento de los embarazos de riesgo se realice en el hospital, se recomienda cargar las consultas en las que se ha detectado esta condición en el embarazo.

## 2.2 Búsqueda activa de embarazada

Consideraciones: cuando el agente sanitario hace la visita a domicilio (o cualquier agente de salud en el CAPS) detecta una embarazada sin controles, deben avisar a quien carga las prestaciones y facturarla como captación activa (CAW001A98).

Registrar esto en los formularios/hojas que llevan agentes sanitarios o en el registro de enfermería, según corresponda.

El indicador mide el nivel de Búsqueda activa de embarazadas en el primer trimestre por agente sanitario y/o personal de salud	Cantidad de Búsqueda activa de embarazadas en el primer trimestre por agente sanitario y/o personal de salud (CAW001A98) realizadas y facturadas por el efector y aprobadas por el SPS
--	--

Meta				Observado			% de cumplimiento de la meta		
Línea de Base	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC
Sin dato	1	1	1	0	0	0	0%	0%	0%
				0					

Monitoreo del primer bimestre del segundo cuatrimestre.

Meta				Observado			% de cumplimiento de la meta		
Línea de Base	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC
Sin Dato	1,00	1,00	1,00	0	0	0	0%	0%	0%
				0	0				

Estrategias para el cumplimiento de metas:

Iniciar con la carga de esta prestación.

### 3. Adolescentes

#### 3.1 Control de salud en adolescencia

El indicador mide la cobertura del seguimiento de salud de los adolescentes beneficiarios a cargo del efector (trazadora X post-auditórea)	Número de adolescentes inscritos de 10 a 19 años asignados al efector que cumplen post auditoría con el criterio de evaluación (son casos positivos) de la trazadora X	(1) Numerador
	Número de adolescentes inscritos de 10 a 19 años asignados al efector	(2) Denominador

Meta				Observado			% de cumplimiento de la meta		
Línea de Base	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC
47,50%	49,88%	52,37%	54,99%	18 <sup>(1)</sup>	0	0	78%		
				46 <sup>(2)</sup>	0	0			
				39%					

Monitoreo del primer bimestre del segundo cuatrimestre.

Meta				Observado			% de cumplimiento de la meta		
Línea de Base	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC
47,50%	49,88%	52,37%	54,99%	18 <sup>(1)</sup>	2 <sup>(1)</sup>	0	78%	7%	
				46 <sup>(2)</sup>	57 <sup>(2)</sup>	0			
				39,13%	48,25%				

Estrategias para el cumplimiento de metas:

Tener en cuenta la Inscripción al Programa Progresar

Aumentar la carga de prestaciones que se brindan a los adolescentes en el sistema.

#### 3.2 Taller de promoción de derechos del adolescente

El indicador mide la cobertura de la promoción de derechos y cuidados en salud sexual y reproductiva de los beneficiarios a cargo del efector (trazadora XI post-auditórea)	Número de adolescentes inscritos de 10 y 19 años y mujeres de 20 y 24 años asignados al efector que hayan asistido al menos a un taller sobre promoción de derechos y servicios de salud sexual y/o reproductiva en el último año (TAT013A08)	(1) Numerador
	Número de adolescentes inscritos de 10 y 19 años y mujeres de 20 y 24 años asignados al efector	(2) Denominador

Meta				Observado			% de cumplimiento de la meta		
Línea de Base	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC
0,0%	10,00%	11,00%	12,65%	0 <sup>(1)</sup>	0	0	0%		
				82 <sup>(2)</sup>	0	0			
				0%					

Monitoreo del primer bimestre del segundo cuatrimestre.

Meta				Observado			% de cumplimiento de la meta		
Línea de Base	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC
0,00%	10,00%	11,00%	12,65%	0 <sup>(1)</sup>	0 <sup>(1)</sup>	0	0%	0%	
				82 <sup>(2)</sup>	120 <sup>(2)</sup>	0			
				0,00%	48,25%				

Estrategias para el cumplimiento de metas:

Planificar talleres sobre derechos del adolescente.

Acompañar en los colegios el seguimiento de la ley de Educación Sexual Integral

### 3.3 Control odontológico en adolescentes

El indicador mide la tasa de cobertura del control odontológico en adolescentes beneficiarios a cargo del efector	Número de adolescentes inscriptos de 10 a 19 años asignados al efector con consulta odontológica (CTC 010A07) facturada y aprobada por el SPS	(1) Numerador
	Número de adolescentes inscriptos de 10 a 19 años asignados al efector	(2) Denominador

Línea de Base	Meta			Observado			% de cumplimiento de la meta		
	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC
47,50%	52,25%	60,09%	69,10%	10 <sup>(1)</sup>	0	0	42%		
				46 <sup>(2)</sup>	0	0			
				22%					

Monitoreo del primer bimestre del segundo cuatrimestre.

Línea de Base	Meta			Observado			% de cumplimiento de la meta		
	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC
47,50%	52,25%	60,09%	69,10%	10 <sup>(1)</sup>	8 <sup>(1)</sup>	0	42%	23%	
				46 <sup>(2)</sup>	57 <sup>(2)</sup>	0			
				21,74%	14,04%				

Estrategias para el cumplimiento de metas:

Registrar los controles odontológicos realizados a los adolescentes

### 3.4 Inmunización con vacuna del HPV

El indicador mide la tasa de cobertura de inmunización de VPH con 3 dosis aplicadas a adolescentes beneficiarias de 11 años a cargo del efector	Número de adolescentes inscriptas de 11 años asignadas al efector con cobertura total (2 dosis) de VPH (IMV014A08) facturada y aprobada por el SPS	(1) Numerador
	Número de adolescentes inscriptas de 11 años asignadas al efector	(2) Denominador

Línea de Base	Meta			Observado			% de cumplimiento de la meta		
	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC
13,04%	15,65%	18,78%	22,54%	0 <sup>(1)</sup>	0	0	0%		
				9 <sup>(2)</sup>	0	0			
				0%					

Monitoreo del primer bimestre del segundo cuatrimestre.



Línea de Base	Meta			Observado			% de cumplimiento de la meta		
	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC	IC	IIC	IIIC
13,04%	15,65%	18,78%	22,54%	0 <sup>(1)</sup>	0 <sup>(1)</sup>	0	0%	0%	
				6 <sup>(2)</sup>	1 <sup>(2)</sup>	0			
				0,00%	0,00%				

Estrategias para el cumplimiento de metas:

Aumentar la carga de vacunaciones.

Compartir el sistema Novivac

**Observaciones:**

IC: Primer Cuatrimestre.

IIC: Segundo Cuatrimestre.

IIIC: Tercer Cuatrimestre.

Rojo: No cumple con la meta.

Amarillo: Lo observado esta entre la meta y la línea de base.

Verde: Cumple con la meta.

#### ANEXO N° 4: Pagos CAPS Barrio José M. Guido

##### Pagos CAPS B° Guido. Año 2015-2020

CAPS / AÑO	2015	2016	2017	2018	2019	2020
B° GUIDO	\$ 32.983	\$ 15.443	\$ 18.009	\$ 18.345	\$ 42.411	\$ 228.444

Fuente: Datos provistos por Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro.

##### Resumen de Facturación- Año 2019

<b>RESUMEN EXPEDIENTE</b>		✖
<b>Nro Expediente:38409</b>		
Fecha Recepcion: 04-06-2019		
Fecha Reconocimiento: 04-06-2019    Fecha Pago: 24-07-2019		
PERIODO: 04/2019		
CUENTA ORIGEN: 250--900002201 /    Entidad Bancaria: Bco. Patagonia S.A		
Administrador: HOSPITAL AREA PROGRAMA VIEDMA CBU 0340250600900002325003		
<b>RESUMEN DE FACTURACION</b>		
CUIE	EFECTOR	NETO
R03182	CENTRO DE SALUD SARGENTO CABRAL	\$6.495,00
R03178	CENTRO DE SALUD DON ZATTI (IPPV) - VIEDMA	\$13.790,00
R03176	CENTRO DE SALUD BARRIO GUIDO	\$680,00
R03175	CENTRO DE SALUD BARRIO 20 DE JUNIO	\$13.179,00
R04105	HOSPITAL AREA PROGRAMA VIEDMA	\$63.638,00
R03853	PUESTO SANITARIO BALNEARIO EL CONDOR	\$1.750,00
R03183	PUESTO SANITARIO EL JUNCAL	\$5.875,00
R03184	PUESTO SANITARIO SAN JAVIER	\$8.230,00
R03179	CENTRO DE SALUD MI BANDERA	\$13.440,00
R03180	CENTRO DE SALUD P. INDEPENDENCIA	\$6.545,00
R03177	CENTRO DE SALUD BARRIO SAN MARTIN	\$5.730,00
R03181	CENTRO DE SALUD SANTA CLARA	\$4.475,00
<b>MONTO TOTAL:</b>		<b>\$143.827,00</b>

Fuente: Datos obtenidos por el Hospital Área Programa Viedma

## ANEXO N° 5: Relevamiento de Población y Registro de actividad domiciliarias de Agentes Sanitarios. Barrio José M. Guido



### RELEVAMIENTO DE POBLACION Y REGISTRO DE ACTIVIDAD DOMICILIARIA DE AGENTES SANITARIOS DEPARTAMENTO PRIMER NIVEL DE ATENCION, MINISTERIO DE SALUD, PROVINCIA DE RIO NEGRO

1. Familia Nombre:	6. Area Programa:	9. Año	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2. N° habitantes en familia: 3 <sup>ra</sup> A <sup>ra</sup>	7. Zona sanitaria:	2004												
3. Domicilio: ERES RPPA	8. Agente sanitario:	2005			3/3									
4. Barrio: Guido.		2006												
5. Manzana:		2007												

10. Cod	11. Nombre y Apellido	12. Fecha de nac.	13. Tipo de Doc.	14. N° Documento	15. Sexo	16. Nac.	17. Nombre Obra Social	18. Escolaridad	19. Trabajo	20. Vacunación completa		
										Si	No	dosis faltante
P	Coronel Luis	29/2/40	DNI		M	Arg	IPRES	4	Retirado			
H1	Coronel Olga	28/10/51	DNI	26.417.744	F	Arg	IPRES	4	2 -			
H1	Coronel María José	24-6-83	DNI	29.898.265	F	Arg	IPRES	4	1			
H2	Coronel Francisco	23/3/88	DNI	33.530.429	M	Arg	-	10	1			
Nº	Sicardi C. Lautaro	17/03/87	DNI	44.811.545	M	Arg	IPRES	Jardín M	X			

\* Ce de jer -