

## *Ricardo Izquierdo*

Buenas noches, estoy aquí en reemplazo del Coordinador Nacional del Programa SUMAR, el Dr. Martín Sabignoso así que seguramente no lo voy a hacer como él, pero voy a tratar de parecerme.

El programa SUMAR nació con el nombre de Programa Nacer, como producto de esa crisis que atravesamos todos los argentinos hacia principios del 2003.

A través del COFESA, siendo el Ministro de Salud de la Nación el Dr. Ginés González García, nacen las primeras tratativas para conformar un plan que saliera a atender a la población más vulnerable. En ese momento esta población estaba representada por los niños menores de 6 años y las mujeres embarazadas, y las jurisdicciones que presentaban los indicadores más preocupantes eran las del NOA y NEA. Arrancamos con 9 provincias del NOA y NEA a finales del 2004 cuando se pudo llegar a un acuerdo y comenzar a recibir las transferencias de fondo. Este programa se financia con fondos del Banco Mundial y en ese entonces el país estaba en default, no había posibilidades de hacer transferencias hasta que esto finalmente se normalizara.

Mientras lo escuchaba a Néstor Pérez Baliño trataba de recordar rápidamente estos 10 años que cumple el Programa y sinceramente tengo un legítimo orgullo por los objetivos que nos planteamos de inicio que eran extremadamente elevados, habida cuenta que no había una historia previa de tratar de implementar un sistema que básicamente premiara o pagara por resultados. Con Néstor compartimos experiencias bastante similares de aprendizajes comunes porque a los dos nos tocó de alguna forma en este período tratar de instalar un modelo innovador, diferente de gestión.

Voy a hacer un repaso de lo que considero que fueron hitos importantes en el Programa, lo que marcó un antes y un después en la manera de gestionar la salud pública.

El primer hito del Programa fue el poder **implementar el padrón unificado de salud**. Empezamos a registrar a toda la población objetivo que se iba incorporando al programa, fuimos coordinando con todas las jurisdicciones provinciales y conformamos un padrón que hoy se puede usar en cualquiera hospital y que indica si esa persona tiene o no cobertura de salud y, en el caso que no la tenga, la invita a sumarse voluntariamente al programa.

Es la primera vez que se pone en marcha con una organización, convenios anuales de gestión que se firman con cada jurisdicción. Allí se establecen objetivos, metas. Esas metas son medibles y a partir de ahí en las provincias, todos los años se renuevan los convenios y se complejiza. Cada vez, fuimos estableciendo mayores exigencias a medida que se fue evolucionando y vimos que era posible mejorar las condiciones de acceso y de salud de la población.

Luego de esa nominalización, con el tiempo, empezamos a transferir por inscripciones 60 % de la cápita y por resultados el 40 %. Los resultados los empezamos midiendo con diez trazadoras para la población, en principio, de menores 10 años, embarazadas, después fuimos incorporando la mujer, le fuimos dando mayor complejidad prestacional.

Hace pocos días se anunció la incorporación del hombre adulto con lo cual nuestra que la población objetiva es de 14 millones de habitantes, luego, les voy a contar la gente que ha pasado por el programa y las prestaciones que se han brindado.

Otro aporte que me parece realmente significativo fue el poder **conformar una base de información sobre salud** que es única y que no solamente la utilizó el Programa SUMAR sino que se usó con otros programas y con todas las jurisdicciones provinciales. Hoy, Inmunizaciones tiene una información, en buena medida, aportada o generada por el Programa. Lo mismo otros programas que virtualmente no tenían una activa participación pero que fueron creando y protocolizando sus procedimientos a partir de la inserción del Programa Nacer. Es decir esta información hoy la utiliza el país, las provincias, todos los programas y es ni más ni menos el registro sistemático de todas las prestaciones que cada uno de las personas que están inscriptas en este programa recibe por derecho.

También podemos decir que hubo un **aporte fenomenal a la conectividad y a la informatización**, no solamente porque una de las líneas de créditos facilitaba la entrega de computadores sino también porque hubo una decisión de comenzar a eliminar papel.

Se comenzó eliminando la ficha de inscripción, hoy ya tenemos facturación electrónica y no conozco ningún organismo de salud pública que monitoree los resultados del programa a través de un tablero de control montado en plataforma web. Nosotros monitoreamos cada uno de los desempeños en materia sanitaria, en materia económica financiera y tenemos los tableros de las 24 jurisdicciones en pantalla, eso creo que también marca un antes y un después en un modelo de gestión de salud. Nosotros no atendemos a la población pero si tratamos de que esa población reciba más y mejores servicios y que quien los presta se sienta retribuido por ello.

Otra gran contribución fue ir conformando los **seguros provinciales de salud**, que como ustedes saben muy pocas provincias habían intentado hacerlo. La mayoría se había quedado en el intento, hoy podemos decir que todas las jurisdicciones tienen ya desarrollos como en el caso de la CABA con Cobertura Porteña y otras provincias que han ido asimilando esta forma de gestionar la salud y la han incorporado como tal.

Cada vez fuimos incorporando complejidades, una de ellas fue por ejemplo la **cobertura efectiva básica**, es decir que para que la persona permanezca en el padrón y la provincia reciba las transferencias, esa persona tiene que haber recibido al menos una prestación de salud, en una ventana de tiempo. Eso me parece fundamental para que cada jurisdicción se preocupe, no solamente de recibir el dinero, facturar la prestación, de registrarla sino también atender al beneficiario y eso me parece que es un hecho absolutamente innovador o sin tantos antecedentes en la historia reciente de la gestión de la salud.

Otro aporte fue **acercar a otros actores del sistemas** ya que estamos intercambiando información con Obras Sociales provinciales y estamos dispuestos a acercarnos a todos los sectores que quieran sumarse a esto, a compartir información, a ver si somos capaces de ir desfragmentando la salud y tratando de entender que trabajando juntos podemos brindar mejor atención y además reducir los costos.

En cuanto al **monitoreo y auditoria** sufrió un cambio fundamental, tenemos un sistema que nos permite controlar a cada jurisdicción lo que hace, en qué gasta.

No lo comenté y no sé si ustedes están al tanto pero la transferencia de fondos del Programa SUMAR es un gasto mínimo, está por debajo del 2 % del gasto provincial en

salud promedio. Esto lo vamos a ver en un gráfico por jurisdicción, pero con ese 2 % hicimos más ruido que con el 98 % restante.

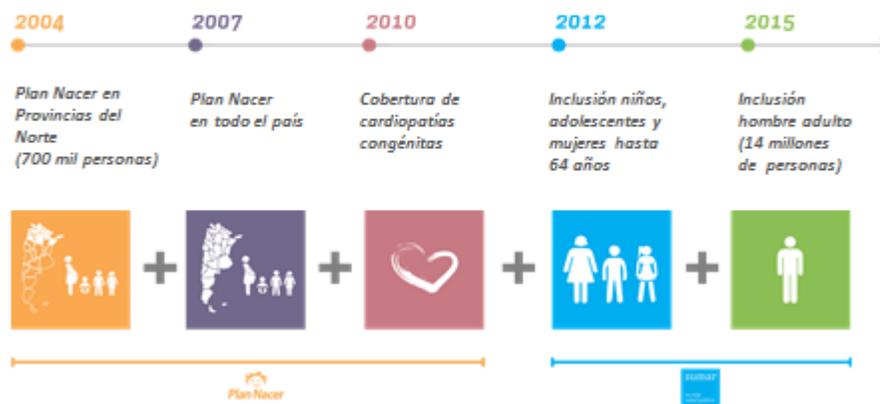
También los **indicadores sanitarios** nos acompañan, ha habido un descenso significativo de la mortalidad infantil y de la morbi-mortalidad materna, que son, tal vez, las cuestiones más importantes a considerar.

Otro hecho para destacar es que hemos logrado **desburocratizar** muchísimos procesos. Una de las condiciones para realizar las transferencias de cada jurisdicción es que una vez que recibió el dinero del Programa SUMAR y aportó su parte de cofinanciamiento, el pago de las prestaciones se debe realizar dentro de los 50 días. Esto tiene una auditoría, se hacen débitos, no todas las provincias cobran lo que hacen porque obviamente hay 14 trazadoras que monitorean los desempeños. Hay una auditoría externa concurrente de primer nivel internacional que a su vez monitorea y custodia el destino de los fondos.

Una cuestión importante es que cada provincia tiene la libertad de destinar la aplicación de fondos del 100 % al efector o hasta un 50 % en incentivos al personal. Eso también es un sistema innovador porque hay muy pocos países en el mundo que tienen componentes variables en la retribución de la salud, por supuesto son pocas las provincias que se han animado a hacerlo pero el Programa lo posibilita y se trata que esto se haga realidad.

Les quiero mostrar algunos números. En esta diapositiva lo que están viendo fundamentalmente es la evolución del Programa.

### El camino del Programa SUMAR hacia la cobertura universal



El Programa SUMAR gestiona el Programa de Cardiopatías Congénitas, esto no se difunde mucho pero en realidad permitió eliminar las listas de espera y ordenó todos los traslados. Hoy hay 17 centros de tratamientos distribuidos en 13 provincias con distintos niveles de complejidad que previamente fueron puestos en orden y acreditados para que

funcionaran como tal y todo un sistema de traslados de pacientes organizado. Esto fue una forma de corregir la anarquía que ese sistema tenía antes de este modelo de gestión.

En la actualidad, estamos en una población objetivo de 14 millones de personas. Los efectores que están participando representan cerca del 100 % de la red y lo más interesante es que la enorme mayoría de esos efectores son públicos, es decir que el dinero que se invierte vuelve al sistema.

### Cobertura del Programa SUMAR 2004 - 2015



En esta diapositiva se muestra los beneficiarios históricos que comprenden todos los que recibieron algún tipo de prestación desde que se inició el Programa, cifras de prestaciones financiadas, total de fondos transferidos a las provincias en el mes de abril y también es importante mencionar el monto que las provincias co-financiaron, no solamente la Nación aportó sino también lo hizo cada jurisdicción provincial.



## Datos del SUMAR Argentina

Cantidad de beneficiarios actuales <sup>1</sup>	Total de establecimientos de salud con convenio	Total de fondos transferidos / 2005 - Abril 2015
11.067.716	7.379	\$ 2.451.475.176
Cantidad de beneficiarios históricos <sup>2</sup>	Total de prestaciones financiadas / 2005 - Marzo 2015	Total de fondos transferidos a las provincias /Abril 2015
15.219.200	87.593.935	\$73.533.074
	Monto co-financiado por las provincias	
	\$ 385.538.968	



<sup>1</sup>Total de beneficiarios del Programa SUMAR desde su implementación hasta la actualidad.

<sup>2</sup>Incluye a la población de hombres de 20 a 64.



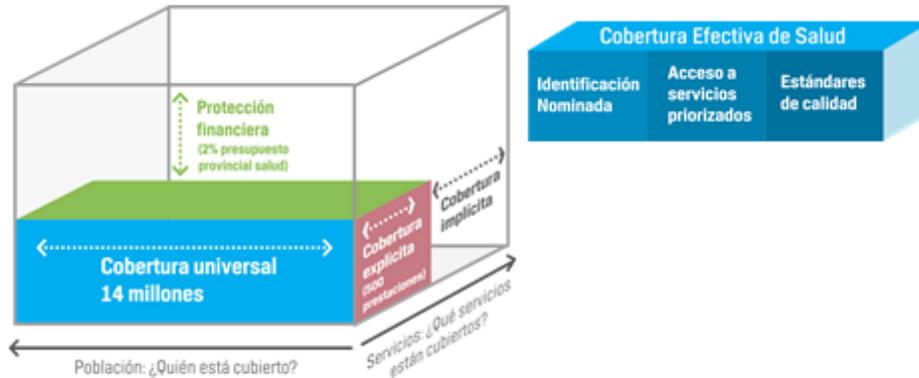
*El Plan Nacer es la cobertura específica del Programa SUMAR para los niños y la embarazada.*

Básicamente estas son las contribuciones del Programa SUMAR, los tres ejes la cobertura universal, la protección financiera, la cobertura implícita.

### Transformando la cobertura universal en cobertura efectiva

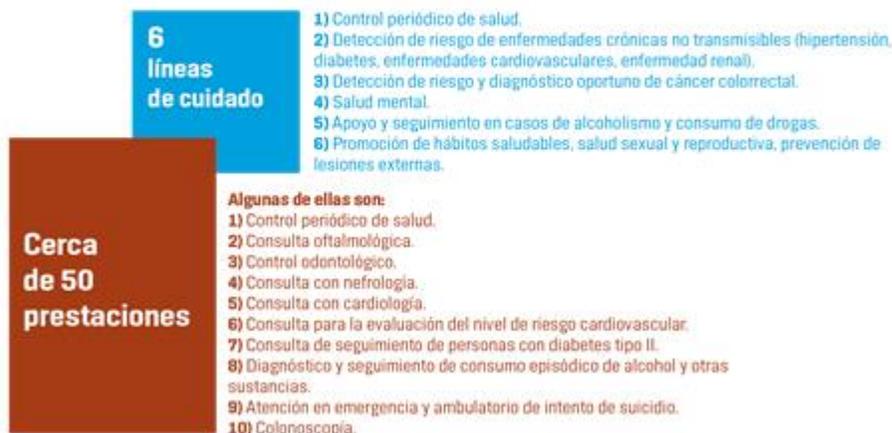
*Contribuciones del SUMAR a los tres ejes de la cobertura universal*

*¿Qué entendemos por cobertura efectiva en salud?*



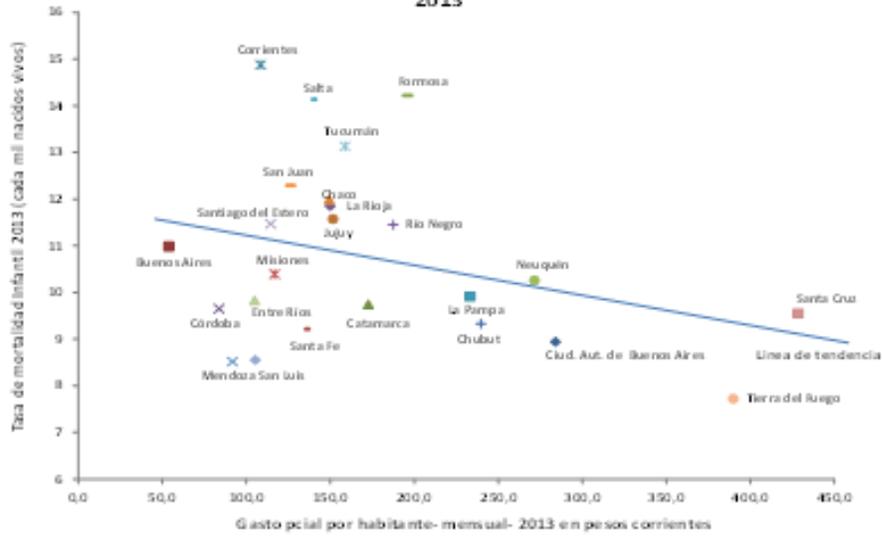
Vemos aquí, en qué impacta la inclusión del hombre adulto. Como cobertura prestacional se definieron seis líneas de cuidado y cerca de 50 prestaciones, básicamente orientadas al control. El énfasis del Programa sigue siendo el mismo, facilitar e incentivar el acceso de la población a la salud y básicamente establecer controles.

## Inclusión hombre Cobertura Prestacional



Otros datos que les quiero mostrar es el posicionamiento que tienen las distintas provincias en cuanto al gasto en salud mensual por habitante y la tasa de mortalidad infantil, del año 2013

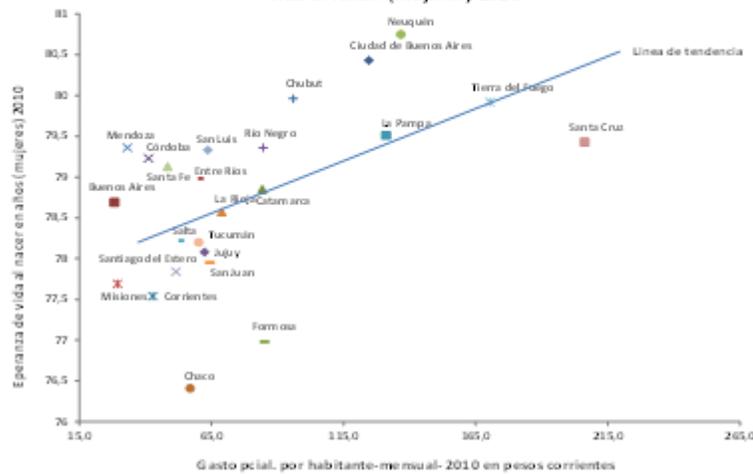
### Relación entre Gasto Provincial en Salud por habitante-mensual-y TMI 2013



Fuente: Elaboración propia en base a ODS y ONOP-NECÓN (2013)

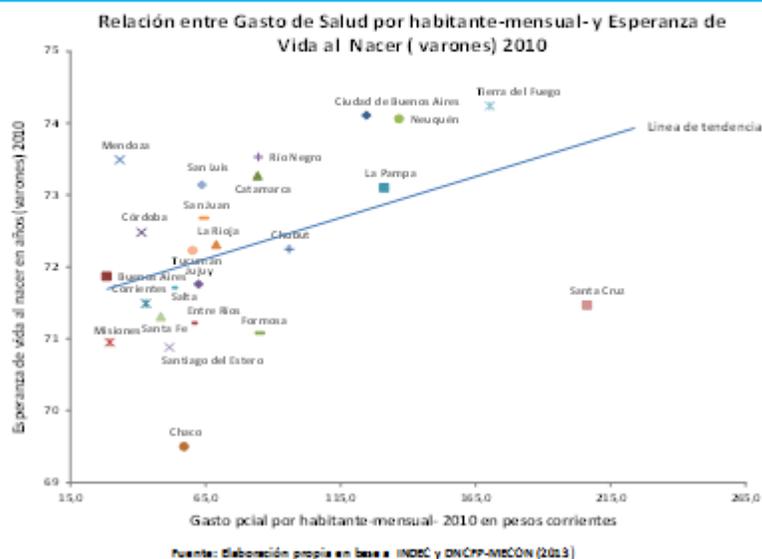
Relación del gasto en salud por habitante, mensual, y la esperanza de vida al nacer en mujeres, año 2010.

### Relación entre Gasto de Salud por habitante-mensual-y Esperanza de Vida al Nacer (mujeres) 2010



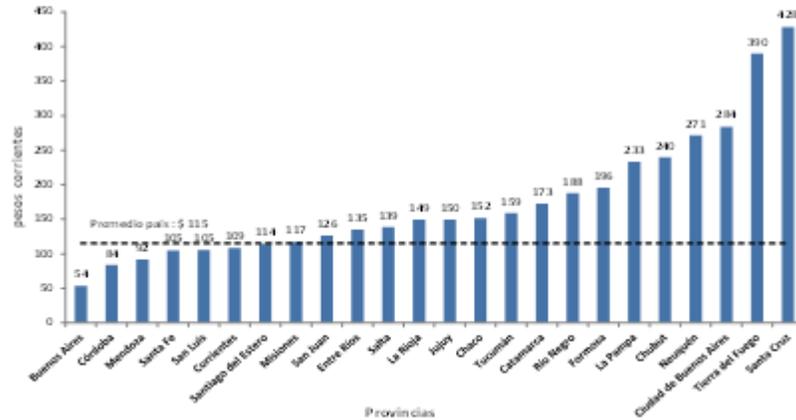
Fuente: Elaboración propia en base a INDEC y ONOP-NECÓN (2010)

En cuanto al gasto en salud por habitante mensual y esperanza de vida al nacer en varones, 2010.



En esta diapositiva se pueden observar algunos datos interesantes del gasto de salud por habitante-mes, para el año 2013. Fíjense cuál es el gasto promedio y la participación que tiene cada jurisdicción provincial. Por supuesto que quedan muchas cosas por resolver pero claramente hemos achicado la brecha de desigualdad sobre todo en los indicadores sanitarios.

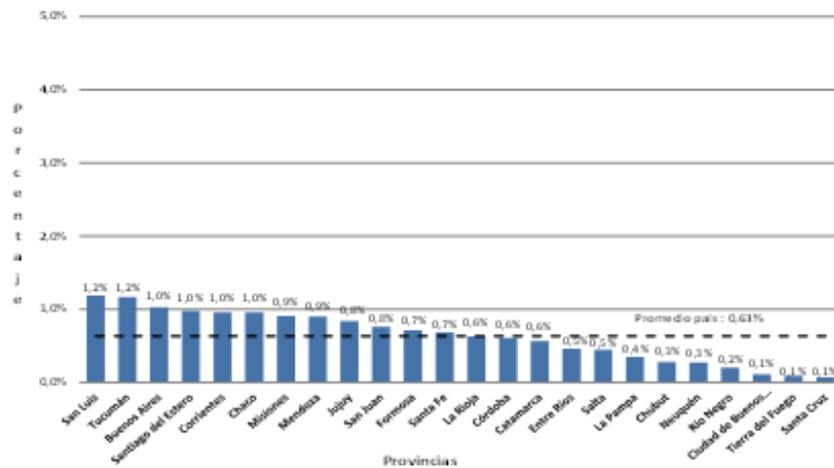
### Gasto Pcial. en Salud por Habitante-Mensual 2013 (en pesos corrientes)



Fuente: Elaboración propia en base a INDEC y DNOFP-MECÓN (2013)

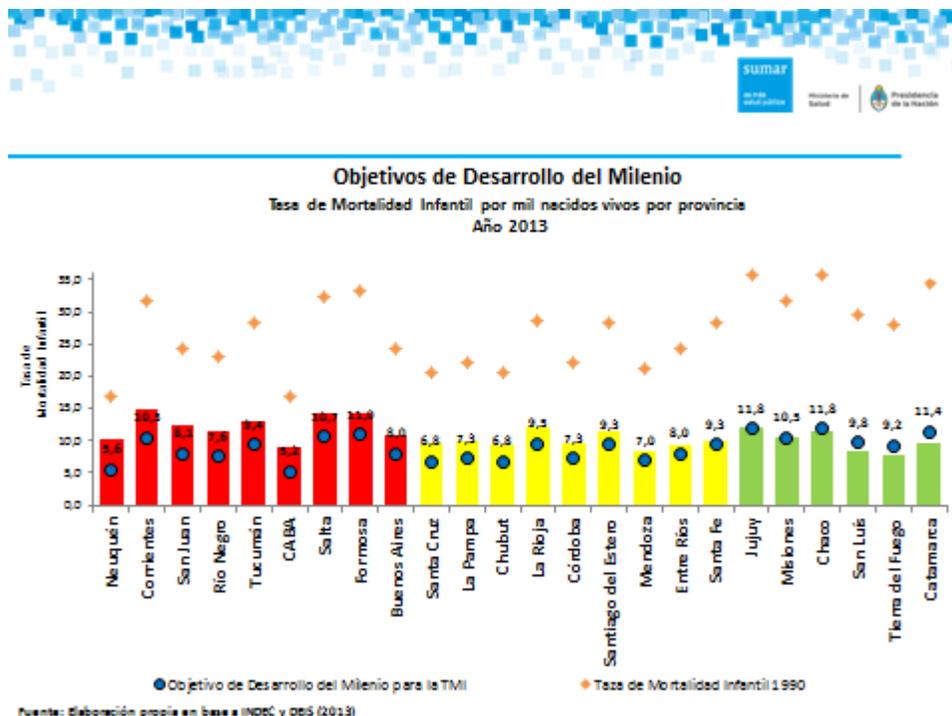
En la siguiente gráfica se puede observar las transferencias de SUMAR en relación al gasto provincial en salud, está expresado en porcentaje de presupuesto.

### Transferencias SUMAR en relación a Gasto Pcial. en Salud 2013

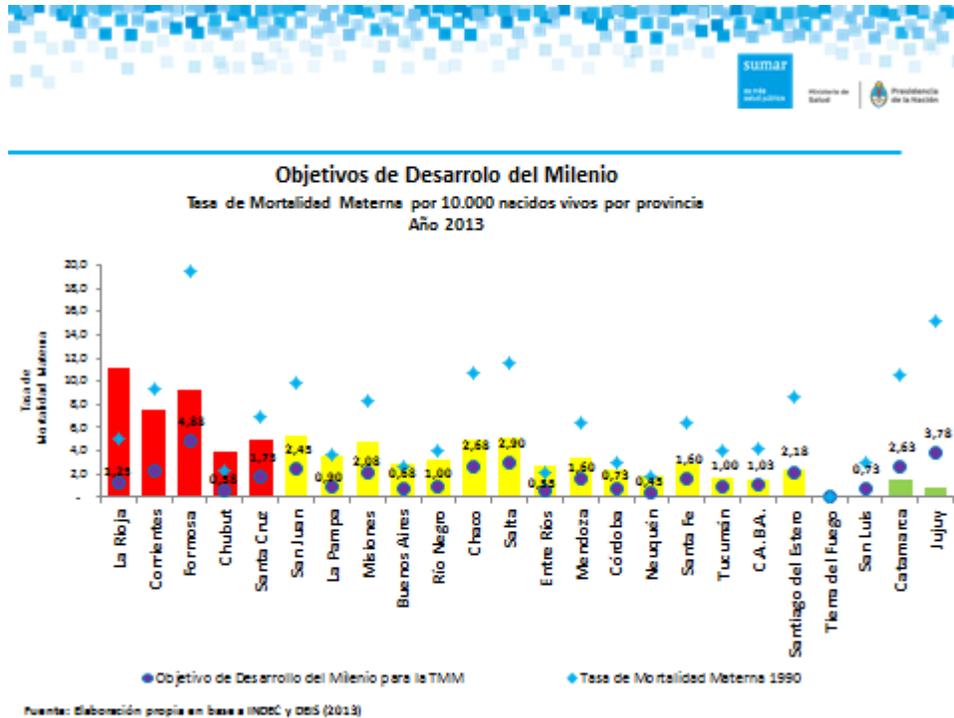


Fuente: Elaboración propia en base a Programa SUMAR, INDEC y DNOFP-MECÓN (2013)

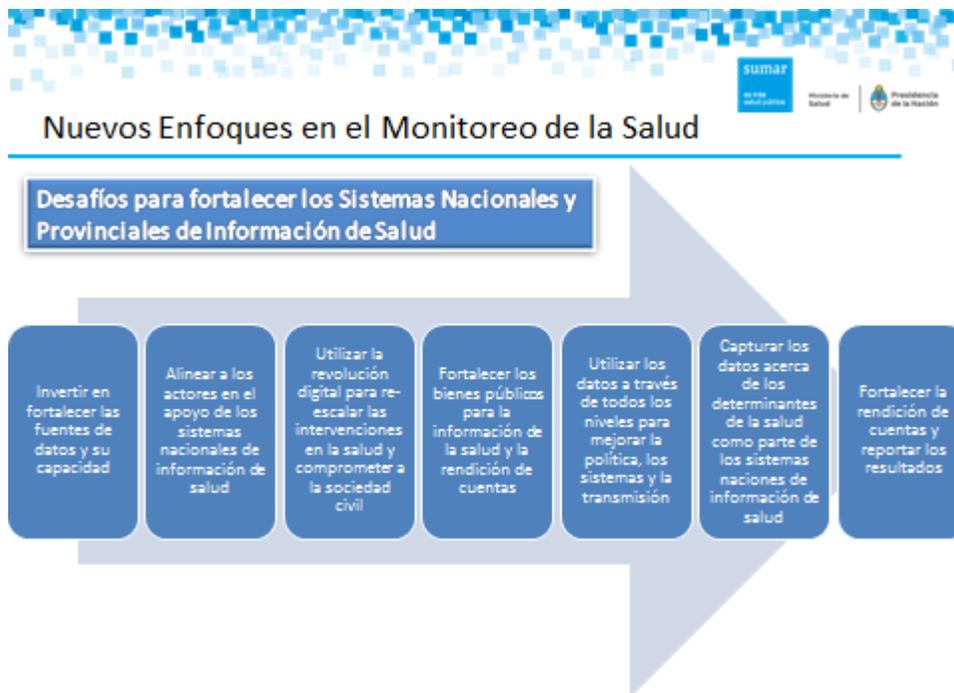
Los objetivos del desarrollo del milenio, en relación a la tasa de mortalidad infantil la podemos comparar con la del año 1990, queda en evidencia el achicamiento de la brecha y los objetivos que se han fijado. Vuelvo a repetir que, por supuesto, queda muchísimo por hacer pero no es poco lo que se realizó.



El gráfico siguiente muestra también la tasa de mortalidad materna para el año 2013 y acá volvemos a lo mismo, este es un indicador muy duro pero que se logró bajar bastante en muchas de las jurisdicciones provinciales.



Tenemos varios desafíos para fortalecer los Sistemas Nacionales y Provinciales de Información de Salud, en la diapositiva semencionan.



Voy cerrando con esto, fundamentalmente con las batallas que todavía falta enfrentar.

- Heterogeneidad en la disponibilidad y uso eficiente de los recursos y en los resultados en salud en las distintas provincias.
- Brechas conceptuales y gerenciales de los sistemas de salud provinciales.
- Formación y retribución de los RRHH: umbrales básicos de formación, retribución y dedicación.
- Fortalecer los sistemas de información de salud: uso de big data.
- Alinear visiones e integrar estrategias entre distintos Niveles de gobierno, Actores sociales y Obras sociales provinciales.
- Curva epidemiológica y Carga de Enfermedad, el desafío de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Bueno, muchas gracias.