

LA PLATA, 1-9 JUN 2014

VISTO el expediente N° 2900-30533/11 por el cual se gestiona la aprobación del Convenio Marco de Participación en el Programa de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud y sus Apéndices A), B), C) y D), celebrado entre el Ministerio de Salud de la Nación y el Gobierno de la provincia de Buenos Aires, y

CONSIDERANDO:

Que ambos organismos, acuerdan incrementar la utilización y calidad de los servicios de salud priorizados para la población sin cobertura explícita de salud y mejorar la gestión institucional mediante el fortalecimiento de los incentivos por resultados en las provincias participantes y entre los prestadores habilitados;

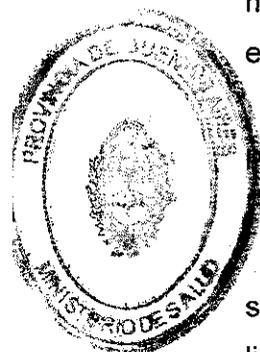
Que en el marco de dicho programa el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires creó, por Resolución N° 2999/06, el Seguro Materno Infantil provincial;

Que el Ministerio de Salud de Nación y la provincia de Buenos Aires, suscribieron con posterioridad un Convenio Marco de Participación, dentro de los lineamientos del Plan Nacer y la extensión de ese Plan a los módulos integrales de atención de cardiopatías congénitas;

Que en dicho marco, la Nación propicia el presente Programa para asistir, en lo económico y técnico, a todas las provincias del país en la ampliación de la cobertura de salud que brindan a través de los Seguros Materno Infantiles Provinciales, gestionando a tal fin, un crédito ante el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF);

Que el financiamiento del mismo se hará efectivo a partir del momento en que la Provincia haya cumplimentado las Condiciones de Admisibilidad previstas;

Que la Nación se obliga a transferir un monto calculado sobre la base de beneficiarios con cobertura efectiva básica, en forma decreciente, para financiar parcialmente el acceso a las prestaciones del Nomenclador que hayan sido contratadas por



Poder Ejecutivo
Provincia de Buenos Aires

la Unidad de Gestión del Seguro Público Provincial en los términos previstos en la cláusula sexta;

Que el plazo de vigencia se establece hasta el 31 de diciembre de 2016, pudiendo luego negociarse un nuevo convenio a satisfacción de las partes;

Que en el presente se han expedido la Asesoría General de Gobierno, Contaduría General de la Provincia, Fiscalía de Estado y la Subsecretaría de Coordinación con Estados y Organismos de Crédito Internacionales;

Que la presente medida se dicta en uso de las atribuciones conferidas por el artículo 144 –proemio – de la Constitución de la provincia de Buenos Aires;

Por ello,

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
DECRETA



ARTÍCULO 1º. Aprobar el convenio celebrado entre el Ministerio de Salud de la Nación y el Gobierno de la provincia de Buenos Aires, el cual pasa a formar parte integrante de la presente como Anexo Único.

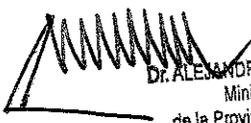
ARTÍCULO 2º. El presente Decreto será refrendado por el Ministro Secretario en el Departamento de Salud.

ARTÍCULO 3º. Registrar, notificar al Fiscal de Estado, comunicar, publicar, dar al Boletín Oficial y al SINBA. Cumplido, archivar.



DECRETO N° 339

Daniel Osvaldo Scioli
DANIEL OSVALDO SCIOLI
Gobernador de la
Provincia de Buenos Aires



Dr. ALEJANDRO FEDERICO COLLIA
Ministro de Salud
de la Provincia de Buenos Aires

**CONVENIO MARCO DE PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE DESARROLLO DE
SEGUROS PUBLICOS PROVINCIALES DE SALUD**

ANTECEDENTES

Mediante Decreto en Acuerdo General de Ministros N° 2.724 de fecha 31/12/02 (B.O. del 09/01/03) se creó el Seguro de Salud Materno-Infantil para la atención de la cobertura médico-asistencial, y de las prestaciones sociales en forma integral y universal.

En el artículo 3° del Decreto N° 2.724 se prevé que la implementación del Seguro se realizará en forma gradual, invitándose a las Provincias para su participación, en base al criterio y cronograma a seguir que determine el Ministerio de Salud.

En virtud de tales antecedentes, con fecha 15 de agosto de 2003, el Sr. Ministro de Salud de la NACION emitió la Resolución N° 198, que en su artículo 1° crea en la órbita de la Secretaría de Programas Sanitarios el Programa para la Creación de Seguros de Maternidad e Infancia Provinciales en el marco del Seguro de Salud Materno-Infantil, para asistir a las 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.

Por el artículo 4° del Decreto 1140/04 se sustituyen las denominaciones "Programa para la Creación de Seguros de maternidad e Infancia Provinciales" y "Programa Nacional para la Creación de Seguros de Maternidad e Infancia Provinciales", utilizadas en las Resoluciones MSN N° 198/03 y N° 656/03, por la denominación **PROYECTO DE INVERSION EN SALUD MATERNO INFANTIL PROVINCIAL (PISMIP)**.

Posteriormente la Resolución N° 1976/06 del Ministerio de Salud de la Nación definió que, a los efectos de su mejor su identificación y lograr una eficiente comunicación, el PISMIP pasara a ser denominado como **PLAN NACER**.

Durante 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.

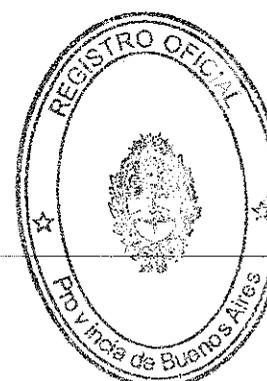
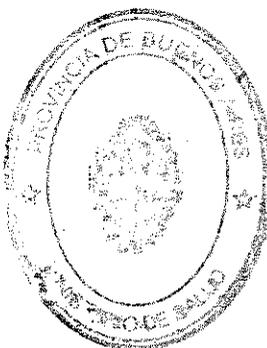
A partir del año 2007 se dio inicio la segunda fase del programa, momento a partir del cual se incorporaron las restantes provincias del país y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, lográndose de esa manera que el PLAN NACER se encuentre implementado en todo el territorio argentino.

A los efectos del financiamiento de ambas fases, el gobierno argentino suscribió los Convenios de Préstamo BIRF N° 7225 y 7409.

Conforme al marco establecido por la normativa del programa, el MINISTERIO DE SALUD de la PROVINCIA de BUENOS AIRES creó el Seguro Materno Infantil Provincial mediante la Resolución N° 2999/2006, de fecha 10/06/2006.

En ese marco, con fecha 01/01/2007 el MINISTERIO DE SALUD DE LA REPUBLICA ARGENTINA y la PROVINCIA de BUENOS AIRES suscribieron un CONVENIO MARCO DE PARTICIPACIÓN que rige la participación de la PROVINCIA, y su relación con la NACION, en el marco del PLAN NACER.

Posteriormente, mediante Acta suscripta con fecha 11 de diciembre de 2009 en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA), la NACION y las PROVINCIAS acordaron los lineamientos generales para la extensión de la cobertura de salud del PLAN NACER a través de la incorporación de módulos integrales de atención de cardiopatías congénitas al Plan de Servicios de Salud del programa.



Handwritten initials and marks at the bottom left of the page, including a stylized 'Q' and other scribbles.

En virtud de los antecedentes citados, el Ministerio de Salud de la Nación creará el PROGRAMA NACIONAL DE DESARROLLO DE SEGUROS PUBLICOS DE SALUD (en adelante el Programa), para asistir a todas las Provincias del país en la ampliación de la cobertura de salud que brindan a través de los Seguros Materno Infantiles Provinciales, mediante el apoyo financiero y técnico en el desarrollo y ejecución de los mismos.

El Programa tiene como principales objetivos:

- a) Incrementar la utilización y calidad de los servicios de salud priorizados para la población sin cobertura explícita de salud,
- b) Mejorar la gestión institucional mediante el fortalecimiento de los incentivos por resultados en las Provincias Participantes y entre los prestadores habilitados.

A los fines del financiamiento parcial del Programa, la NACION gestionó un crédito ante BIRF (Convenio de Préstamo N° 8062 AR). En consecuencia, encontrándose en ejecución el Convenio de Préstamo BIRF N° 7409 (PISMIP), los Seguros Públicos Provinciales de Salud podrán contar con financiamiento de la Nación a través de ambos convenios de préstamo.

Con fecha 26 de Agosto de 2010 la PROVINCIA ha manifestado su interés de participar en el Programa a través de una carta de intención enviada al Ministerio de Salud de la Nación.

Este Convenio rige la participación de la PROVINCIA de BUENOS AIRES y la relación de ésta con la NACION para el presente Programa.

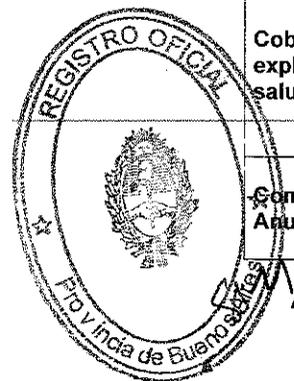
Se expresa que el presente Convenio Marco entrará en vigencia a partir del momento en que se encuentre efectivo el Convenio de Préstamo con el BIRF, mediante el cual se financiará parcialmente el Programa.

Asimismo se expresa que la Provincia accederá al financiamiento del Programa sólo a partir del momento en que haya dado pleno cumplimiento a las "Condiciones de Admisibilidad" que forman parte del presente documento como Apéndice D.

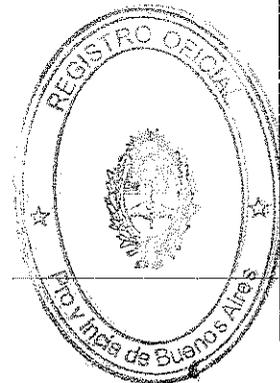
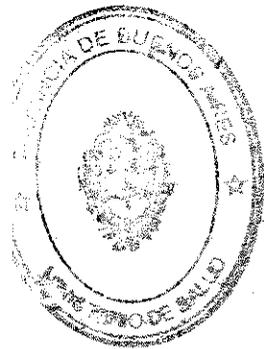
PRIMERA / DEFINICIONES

A los efectos del presente Convenio se establecen las siguientes definiciones:

Concepto	Definición
Banco//BIRF	Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento
Beneficiario	Se define como Beneficiario a toda persona que, reuniendo los requisitos de elegibilidad, haya completado por sí o por terceros responsables la debida inscripción administrativa al SPS.
Beneficiario con Cobertura Efectiva Básica	Serán las personas inscriptas que hayan recibido al menos una prestación de salud en un intervalo de tiempo definido por la NACION, y por las cuales el SPS podrá devengar la cápita.
CAPS	Centro de Atención Primaria de la Salud
COFESA	Consejo Federal de Salud
Cobertura explícita de salud	Se entiende que una persona tiene cobertura explícita de salud cuando se verifica que la misma, o en el caso de los menores, su padre, madre o tutor (siempre que éstos transmitan su cobertura), integran el padrón de beneficiarios activos de las Obras Sociales Nacionales; de las Obras Sociales Provinciales; del programa INCLUIR SALUD o programa que lo reemplace; Mutuales; seguros privados y, en general de las entidades aseguradoras de servicios de salud de las que se disponga los registros en forma oficial y frecuente.
Compromiso Anual	Acuerdo anual entre la UEC y una Provincia sobre planes de acción, metas y resultados esperados, que tiene una vigencia de un año fiscal o bien un período menor en el caso de ser el primer Compromiso Anual.



Compromiso de Gestión	Contrato o Acuerdo firmado entre el MSP y prestadores provinciales de servicios de salud autorizados (públicos y privados) que incluye las obligaciones de cada parte como así también el paquete y precios de los servicios de salud que deben ser provistos por el prestador, normas de calidad y medidas de control, mecanismos de pago, resultados esperados, requisitos de presentación de informes y documentos de apoyo, y modalidades de supervisión e inspección por parte de la auditoría concurrente y de los equipos de supervisión y monitoreo del proyecto de la UEC y de las UGSP.
Condiciones de Admisibilidad	Son los niveles de desempeño mínimos en relación a indicadores de gestión vinculados al SMIP y requisitos vinculados a la organización del sistema de salud provincial, que las provincias participantes deberán cumplir para acceder al financiamiento del Proyecto.
Condiciones Técnicas vigentes	Normas técnicas y de calidad oficiales emitidas por el MSN referidas a habilitación categorizante de servicios de salud, normas técnicas y de calidad, normas y procedimientos administrativos del Programa
Convenio Marco	Convenio firmado entre la Nación y una Provincia por el cual ésta participa en el Programa. Este Convenio establece los derechos y obligaciones de cada una de las partes.
Cuenta Cápitas del SPS	Cuenta Corriente bancaria nominada en pesos administrada por la UGSP a la cual se transfieren los montos correspondientes a las transferencias capitadas y desde donde se efectuarán los pagos a los prestadores por prestaciones del Plan de Servicios de Salud brindadas a los beneficiarios del SPS.
Cuenta POGE	Cuenta Corriente bancaria nominada en pesos administrada por la UGSP en la cual se depositan los montos por reembolsos de otros gastos elegibles.
INDEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina.
Monto per cápita base	Es el valor que se establezca para el financiamiento parcial de los distintos servicios de cuidado de la salud destinados a los grupos poblacionales que integren la población elegible del SPS, incluidos en el Plan de Servicios de Salud del Programa. Monto per cápita que constituye la base para el cálculo de la Transferencia Capitada por servicios del SPS. Este Monto es igual al valor Inicial más/menos los ajustes que la Nación, con el acuerdo del Banco, defina en el futuro.
MSN	Ministerio de Salud de la Nación
MSP	Ministerio de Salud de la Provincia u organismo equivalente
Nación	Estado Nacional Argentino
OSN	Obras Sociales Nacionales
OSP	Obra Social Provincial
Período de gracia	Período de hasta 8 meses posteriores a la fecha de efectividad del Préstamo, según se establece en el mismo.
PISMIP	Programa de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial (Plan Nacer)
Plan de Servicios de Salud	Conjunto de prestaciones de salud elegibles para los SPS en el marco del Proyecto.
Plan Federal de Salud	Programa conjunto (Nación –Provincias) de políticas sanitarias para ser realizado durante el período 2010-2016
Programa	Programa de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud Provinciales
POA	Plan Operativo Anual
Población Elegible	Niños de 6 a 9 años, Adolescentes de 10 a 19 años, y Mujeres de 20 a 64 años inclusive sin cobertura explícita de salud domiciliados en la provincia participante. A partir de Enero 2013 se prevé la incorporación como población elegible de los grupos poblacionales (mujeres embarazadas, púerperas y niños menores de 6 años) que actualmente son financiados a través del Convenio de Préstamo N° 7409-AR.



Q
S

Préstamo	Es el Préstamo N° 8062-AR otorgado por el BIRF a la Nación Argentina para financiar el Programa.
Provincia participante	Provincia que ha firmado el Convenio Marco de Participación y que este se mantiene vigente. Solamente una Provincia Participante puede acceder a los beneficios del Programa, siempre que haya dado cumplimiento en forma previa a las "condiciones de admisibilidad".
Provincias	Todas las provincias del país y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
PUCO	Padrón Único Consolidado Operativo conformado sobre la base de los padrones oficiales de cobertura explícita de salud disponibles.
Reglamento Operativo	Conjunto de normas y procedimientos específicos que son de cumplimiento obligatorio para la Nación y las Provincias Participantes del Programa. Este reglamento forma parte del Convenio Marco de participación.
SPS	Seguro Público Provincial de Salud.
Transferencia Capitada	Es la Transferencia Capitada para servicios del SPS, que se calcula como el producto de un Monto per cápita base por el número de Beneficiarios elegibles que revistan la condición de "beneficiarios con cobertura efectiva básica". Esta transferencia se compone de una Transferencia Mensual Base y de una Transferencia Complementaria Cuatrimestral.
Transferencia Complementaria Cuatrimestral	Transferencia que la UEC girará cuatrimestralmente a las Provincias Participantes, y que representará el 40% de la sumatoria de las Transferencias Capitadas de los cuatro últimos meses multiplicado por un coeficiente que refleja el desempeño sanitario por variables de control (Trazadoras)
Transferencia Mensual Base	Transferencia que la UEC girará mensualmente a las Provincias Participantes, y que representará el 60% de la Transferencia Capitada, excepto durante el período de gracia, en el que la provincia recibirá el 100% de la Transferencia Capitada
Trazadoras	Son indicadores sanitarios mediante los cuales se evalúa y retribuye el desempeño del Sistema de Salud Provincial, respecto de distintas dimensiones de la atención de la salud de la población objetivo.
UEC	Unidad Ejecutora Central
UGSP	Unidad de Gestión del Seguro Provincial
UFIS	Unidad de Financiamiento Internacional de Salud

SEGUNDA PARTE

Por una parte el MINISTERIO DE SALUD DE LA REPUBLICA ARGENTINA (en adelante **LA NACION**), representado por el Sr. Ministro de Salud, Dr. Juan Luis MANZUR, con domicilio en Avenida 9 de Julio N° 1.925, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y por la otra parte EL GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (en adelante **LA PROVINCIA**), representado por el Gobernador, Sr. DANIEL SCIOLI, con domicilio en la calle 6 entre 51 y 53, de la Ciudad de La Plata, respectivamente, han convenido lo siguiente:

TERCERA / ASPECTOS GENERALES

3.1. Las partes reafirman su voluntad de lograr los objetivos generales del Programa tendientes a incrementar la utilización y calidad de los servicios de salud priorizados para la población sin cobertura explícita de salud, a través del Seguro Público Provincial de Salud y mejorar la gestión

B MY

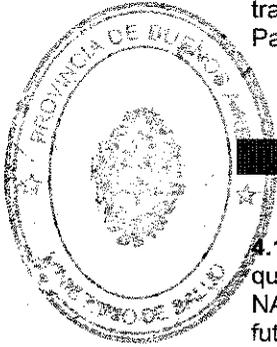
institucional mediante el fortalecimiento de los incentivos por resultados en las Provincias Participantes y entre los prestadores habilitados.

3.2. La relación entre las partes para el Programa es normada por el presente Convenio Marco, que contiene las normas generales a las cuales deberán atenerse las partes intervinientes y un Reglamento Operativo que es parte integrante del mismo. Asimismo, las partes acuerdan suscribir mientras el acuerdo esté vigente, Compromisos Anuales en los que se definan, entre otras materias: las expectativas comunes y responsabilidades respecto de las políticas de inscripción de población elegible, definición de metas de trazadoras, cumplimiento de otras metas y objetivos, y de las acciones tendientes al logro de los mismos. Para la interpretación de estas normas el orden de prelación es el siguiente:

- o Convenio Marco
- o Reglamento Operativo
- o Compromisos Anuales

Los documentos enumerados no podrán contradecir al Convenio de Préstamo 8062 AR y demás Normas del Banco que resulten aplicables ni tampoco al Manual Operativo del Programa, el cual constituye la guía de ejecución del mismo.

En tanto los fondos que la NACION destine a la implementación del Programa sean financiados a través del Convenio de Préstamo con el BIRF, las normas de éste serán prevalentes para las Partes.



CUARTA / OBLIGACIONES DE LA PROVINCIA

4.1. La PROVINCIA adhiere al Programa, conforme a las normas, procedimientos y regulaciones que se desarrollan en el presente Convenio y en el Reglamento Operativo aprobado por la NACION, con las modificaciones que ésta pudiere introducirle a este último instrumento en el futuro, con el fin de adaptarlo a las necesidades del conjunto de Provincias del país, previo acuerdo con el Banco.

4.2. A través del presente Convenio la PROVINCIA se compromete a respetar las normas y procedimientos establecidos en el Reglamento Operativo que se presenta como Apéndice A el cual, en caso de duda o contradicción, será interpretado por la UEC de acuerdo con las normas del Programa. Sin perjuicio de esto, la PROVINCIA asume las siguientes obligaciones:

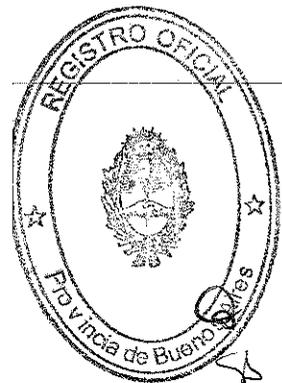
a) Institucionales

- i) Extender la cobertura de salud del Seguro Materno Infantil Provincial (SMIP) conformando el Seguro Público Provincial de Salud (SPS) de acuerdo a las modalidades establecidas en el Programa, debiendo proceder al dictado de las normas necesarias a tal efecto.
- ii) Mantener en funcionamiento y ampliar la Unidad de Gestión del Seguro Público Provincial de Salud (UGSP), cuya estructura inicial será definida por la UEC y comunicada a la Provincia, con facultades suficientes para dirigir y administrar el SPS, conducir las gestiones ante la UEC y a dotarla de los recursos necesarios para su funcionamiento, incluyendo la designación de un responsable de las funciones de coordinación y gestión de dicha Unidad.
- iii) Gestionar ante el Poder Legislativo Provincial el mantenimiento del porcentaje de gasto Provincial destinado a salud: excluyendo los recursos adicionales recibidos por el Programa, tomando como base el promedio de los últimos tres años y por el término de este Convenio. Asimismo, se compromete a gestionar los recursos necesarios para mantener en funcionamiento el SPS en el ámbito Provincial, una vez finalizado el financiamiento del Programa.

b) Administración financiera

- i) Remitir mensualmente el padrón actualizado y depurado de beneficiarios y los reportes y rendiciones de cuentas previstas en el Reglamento Operativo, documentos

M



que permitirán proceder a las liquidaciones de las transferencias de fondos por parte de la NACIÓN.

- ii) Abrir y mantener operativas dos Cuentas del SPS al solo efecto de ser utilizadas bajo las normas del Programa y notificar fehacientemente a la NACIÓN su apertura, consignando el nombre de la Entidad Bancaria, firmas autorizadas y Tipo y Número de Cuenta. Las Cuentas del SPS deberán permitir el mantenimiento de sus saldos al final de un ejercicio para ser utilizados en los siguientes.
- iii) Utilizar los fondos recibidos de la NACIÓN exclusivamente para los fines específicos previstos en el Programa.

c) Inscripción.

- i) Implementar un sistema informático de inscripción de población elegible del Programa, provisto por LA NACIÓN o desarrollado por la PROVINCIA. En éste último supuesto, el mismo deberá reunir los requisitos técnicos y contenidos mínimos definidos por la NACIÓN.
- ii) Inscribir exclusivamente a la población que cumple con las condiciones de población elegible, según las normas del Programa.
- iii) Proporcionar a los beneficiarios del SPS una credencial identificatoria, conforme a los contenidos mínimos que determine la UEC, quien procederá a su aprobación.
- iv) Lograr al final de la vigencia de este Convenio la inscripción con cobertura efectiva básica de al menos el 80% de la población elegible de la PROVINCIA.
- v) Los servicios de salud incluidos en el Plan de Servicios de Salud del Programa serán absolutamente gratuitos para los beneficiarios del SPS quedando expresamente prohibido el cobro por sí o a través de terceros de suma alguna para la realización de los mismos, por parte de la PROVINCIA o de sus prestadores contratados, sean éstos públicos o privados.

d) Contratación de los servicios

- i) Suscribir los Compromisos de Gestión solamente con prestadores de salud que se encuentren habilitados, de acuerdo a criterios de libre concurrencia y transparencia.
- ii) Implementar mecanismos de contratación y pago a prestadores que contemplen el pago de prestaciones incluidas en el Plan de Servicios de Salud del Programa, de modo tal que sean compatibles con el logro de los objetivos del mismo, pudiendo solamente comprar prestaciones de salud (sean éstas pagadas bajo la modalidad de módulos o prestaciones individuales) y en ningún caso comprar factores de producción (insumos, personal, etc.).
- iii) Comprar a través del SPS y a los prestadores de salud contratados, sean estos públicos o privados, las prestaciones requeridas para asegurar a los beneficiarios la provisión del Plan de Servicios de Salud que se presenta como Apéndice B de este Convenio.

e) Compras y contrataciones

- i) En los casos en que la PROVINCIA proceda a comprar servicios y/o contratar consultores, la PROVINCIA aplicará las normas aceptables para el Programa y que se describen en el Reglamento Operativo.

f) Registros e informes

- i) Entregar a la UEC mensualmente el padrón de la Obra Social Provincial actualizado.
- ii) Remitir mensualmente a la UEC la información requerida según el Reglamento Operativo, en especial la relacionada con el padrón actualizado de beneficiarios identificando a los que cuentan con cobertura efectiva básica, las rendiciones de cuenta correspondientes a las transferencias recibidas, y otros reportes o informes definidos en el Reglamento Operativo del Programa.
- iii) Conformar y mantener actualizado el padrón de beneficiarios, identificando a los que cuentan con cobertura efectiva básica.
- iv) Crear y mantener actualizada una base de datos de Prestadores Habilitados.

g) Planificación

- i) Presentar anualmente a la NACIÓN un plan de Trabajo Anual, que incluya:
 - (a) Plan de inscripción de población elegible.
 - (b) Plan de Servicios de Salud valorizado.

M

Q

- (c) Plan de mejora para el desempeño sanitario medido por trazadoras.
 - (d) Plan Estratégico de asistencia técnica y capacitación.
 - (e) Plan Estratégico de comunicación.
 - (f) Plan con Poblaciones Indígenas (para el caso de corresponder de acuerdo a las normas del programa).
 - (g) Plan de Gestión de la información.
 - (h) Cronograma de presentación de Planes de Producción y Aplicación de Fondos por parte de los prestadores contratados.
 - (i) Cronograma de presentación de reportes técnicos sobre el estado de implementación de SPS.
- ii) Este programa de trabajo será discutido con la UEC y el resultado de los acuerdos alcanzados se plasmará en un Compromiso Anual que será firmado por la UGSP y la UEC, y cuyo modelo consta en el Apéndice C del presente Convenio Marco.

h) Colaboración con la NACION

- i) Facilitar las tareas de supervisión, auditoría, monitoreo y evaluación del SPS, en el marco de las normas del Programa y las Condiciones Técnicas vigentes por parte de los representantes que designe la NACION.
- ii) Facilitar las tareas, asignar espacio físico y equipamiento a las personas que designe la NACION para que, desempeñando tareas en la UGSP, colabore con sus autoridades en la planificación anual, la generación de reportes de gestión y en el asesoramiento, supervisión y auditoría general del SPS.
- iii) Utilizar las soluciones informáticas que sean definidas como de uso obligatorio por la NACION.

i) Comunicación y participación ciudadana

- i) Efectuar una amplia campaña de publicidad y comunicación del Programa, orientada a la población elegible y con especificidad a las poblaciones indígenas.
- ii) Implementar mecanismos de participación de la población, a través de los cuales pueda efectuarse una evaluación de la eficacia y eficiencia del SPS, como así también del nivel de satisfacción alcanzado por los beneficiarios del SPS.

j) Financiamiento de contrapartida

- i) La PROVINCIA se compromete a poner a disposición los fondos de contrapartida entendiendo estos como la capacidad instalada y los recursos humanos necesarios para la ejecución del SPS. Asimismo, se compromete a gestionar los fondos requeridos para co-financiar el programa y mantener la continuidad del SPS, una vez finalizado el financiamiento de la NACION.

k) Continuidad del SPS

- i) Presentar a la UEC con seis meses de antelación a la fecha de finalización de este Convenio, un plan garantizando la continuidad del SPS en la PROVINCIA.

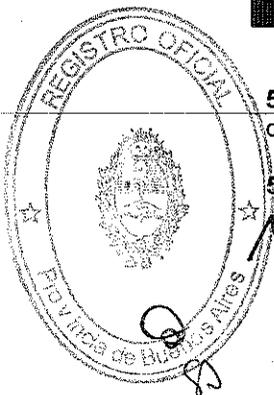
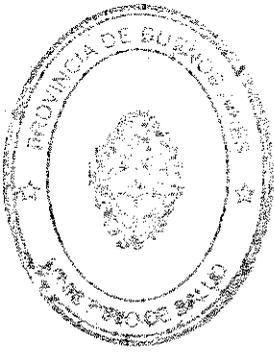
l) Plan con Poblaciones Indígenas

- ii) La PROVINCIA en la que se identifique población indígena bajo los términos de la OP - 4.10 del Banco Mundial, determinada por el Estudio Preliminar del mismo, deberá desarrollar el Plan con Pueblos Indígenas (PPI) de acuerdo al Marco de Planificación de Pueblos Indígenas (MPPI). Este PPI se incluirá en el Compromiso Anual de acuerdo a lo establecido en el cronograma del MPPI.

QUINTA / OBLIGACIONES DE LA NACION

5.1. La NACION acepta la participación de la PROVINCIA, asumiendo las responsabilidades derivadas del cumplimiento de los objetivos del Programa.

5.2. La NACION se compromete a:



- a) Transferir un monto calculado sobre la base de beneficiarios con cobertura efectiva básica, en forma decreciente, para financiar parcialmente el acceso a las prestaciones del Plan de Servicios de Salud que hayan sido contratadas por la UGSP para los beneficiarios del SPS. Esta transferencia capitada se transferirá a la Cuenta Cápitas del SPS, de acuerdo con las normas que establece la cláusula sexta de éste Convenio y con las pautas y modalidades que establece el Reglamento Operativo del Programa.
- b) Apoyar el desarrollo institucional del MSP en sus funciones de rectoría, a través de:
 - (i) Financiar parcialmente o proveer requerimientos de inversiones en equipamientos, capacitación, consultoría, comunicación y auditoría, para las tareas de desarrollo del SPS y de su UGSP; todo esto de acuerdo con las pautas, modalidades y restricciones que establece el Reglamento Operativo y sujeto a la pauta presupuestaria con la que cuente la UEC anualmente.
 - (ii) Proveer a la PROVINCIA una solución informática básica para la administración y gestión del SPS, que incluirá un sistema de inscripción de beneficiarios y facturación electrónica, la cual deberá estar en funcionamiento al momento de comenzar las transferencias a la PROVINCIA. Ésta última podrá generar sus propias soluciones informáticas, debiendo las mismas ser validadas por la UEC previo a su implementación.

La PROVINCIA accederá al financiamiento del Programa, a partir del momento en que haya dado pleno cumplimiento a las "Condiciones de Admisibilidad" que forman parte del presente convenio como Apéndice D.

SEXTA / RÉGIMEN FINANCIERO

6.1. LA NACION transferirá recursos a LA PROVINCIA destinados con fines específicos y mecanismos previstos en el presente Convenio y en el Reglamento Operativo, por los siguientes conceptos:

- a) Transferencias Capitadas para financiar parcialmente el acceso a prestaciones de servicios de salud incluidos en el Plan de Servicios de Salud del Programa.
- b) Financiamiento para solventar gastos de asistencia técnica, equipamiento, consultoría, capacitación y comunicación.

6.2 Cálculo y liquidación de la Transferencia Capitada

6.2.1. Cálculo:

A los efectos de determinar las Transferencias para una Provincia Participante la UEC calculará mensualmente la **Transferencia Capitada** definida como el producto de un **Monto per cápita base** por el número de **Beneficiarios** que revistan la condición de "**beneficiarios con cobertura efectiva básica**", en los términos descriptos en el Anexo B, Apéndice A del presente documento.

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

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

§ NY

Plan de Servicios de Salud del Proyecto	
N° 1	Servicios Preventivos y Generales de Salud
N° 2	Servicios de Salud por Enfermedades Catastróficas

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

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

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

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

Cuatrimestralmente, la Nación girará a la **Provincia Participante**, adicionalmente, una **Transferencia Complementaria Cuatrimestral** que se calculará como una proporción de un **Monto Básico** equivalente al 40% de la sumatoria de las **Transferencias Capitada** de los cuatro últimos meses.

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

- 1) Para cada trazadora, la UEC determina, en acuerdo con el Banco, un umbral mínimo, e intermedio y una meta máxima. Cada uno de estos valores representa un umbral cuyo alcance por la Provincia determina una retribución económica determinada. Los umbrales y metas serán incluidos en los Compromisos Anuales suscriptos entre la UEC y las provincias, pudiendo ser modificados unilateralmente por la UEC en acuerdo con el Banco, debiendo esa decisión ser comunicada con antelación a las provincias participantes del Proyecto.
- 2) Si el logro sanitario alcanzado en un cuatrimestre por la Provincia se ubica por debajo de la meta mínima de cumplimiento, ésta recibirá 0% por esa trazadora. Si el logro sanitario alcanzado se encuentra entre el umbral mínimo y la meta máxima, la provincia recibirá la retribución prevista en el apartado 4.2.2. del presente documento.

En consecuencia, el cálculo de la Transferencia Complementaria Cuatrimestral se realizará de acuerdo al siguiente cálculo:

$$TC^i = \begin{cases} \$ 0 & \text{Si } LS^j < \Phi^j \\ \$ (x_1^j / 100 + 0.01 \times (LS^j - \Phi^j) / (\Omega^j - \Phi^j)) \times VC^j \times PA^i & \text{Si } \Phi^j \leq LS^j < \Omega^j \\ \$ (x_2^j / 100 + 0.01 \times (LS^j - \Omega^j) / (1 - \Omega^j)) \times VC^j \times PA^i & \text{Si } \Omega^j \leq LS^j \leq 1 \end{cases}$$

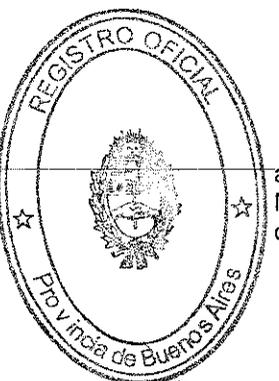
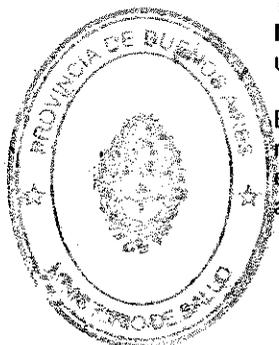
Donde:

LS^j = logro sanitario de la provincia j para la trazadora i. Es igual al cociente entre casos admitidos y el denominador de la trazadora por el máximo potencial de la trazadora: $CA^j / (D^{j*} \times Max^j)$. Cuando la relación CA^j / D^{j*} coincide con el Max^j la retribución alcanzará el $x_3\%$. Los denominadores $D^{j*} \times Max^j$ son los establecidos para el esquema de cálculo.

VC^j = valor de la capita para la provincia j

M

Q A



PA^j = Población beneficiaria con cobertura efectiva básica de la provincia j en el período de referencia

x_1 = Retribución mínima

x_2 = Retribución media

x_3 =Retribución máxima

Φ^i = **Meta mínima del cumplimiento** de la trazadora i (Max^i) que genera ingresos por transferencia complementaria cuatrimestral del x_1^i % de la transferencia mensual base.

Ω^i = **Meta media del cumplimiento** de la trazadora i (Max^i) que genera ingresos por transferencia complementaria cuatrimestral del x_2^i % de la transferencia mensual base.

Cabe aclarar que en caso de que el logro sanitario sea mayor a 1 se pagará el total de la prestación complementaria de la trazadora i, resultando: $x_3^j \times VC^j \times PA^j$.

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

No obstante lo establecido más arriba, las **Transferencias Capitadas** que correspondan al **Período de Gracia de las Transferencias Complementarias Cuatrimestrales** (entendiendo por tal al período de hasta (8) ocho meses posteriores a la fecha de efectividad del préstamo) serán remitidas a la provincia en un 100%, sin considerarse, en este caso, la Transferencia Complementaria Cuatrimestral.

Si el Período de Gracia no finaliza el último día de un mes calendario dicho plazo se tendrá por extendido al último día del mes en el que concluyó.

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

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

A continuación se define el esquema de financiamiento decreciente previsto durante la ejecución del Proyecto correspondiente al conjunto de Servicios Preventivos y Generales de Salud:

Período	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2016
Financiamiento	100% Nación	85% Nación / 15% Pcias.	85% Nación / 15% Pcias.	75% Nación / 25% Pcias.	70% Nación / 30% Pcias.

6.2.2. Sobre las Trazadoras

Las ~~Trazadoras~~ son indicadores sanitarios mediante los cuales se evalúa y retribuye el desempeño del Sistema de Salud Provincial, respecto de distintas dimensiones de la Atención de la Salud de la población objetivo

SM

El número de trazadoras y el asunto sanitario que valorarán las mismas se encontrarán directamente vinculados a los de servicios de salud que financie el Programa.

La matriz de trazadoras será definida por la UEC y comunicada oportunamente a la PROVINCIA.

Los umbrales y metas máximas para las Trazadoras serán fijadas en los Compromisos Anuales y su evolución será medida en forma cuatrimestral de conformidad a lo dispuesto por el Reglamento Operativo.

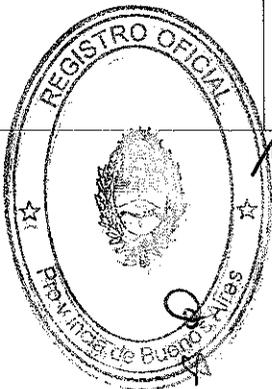
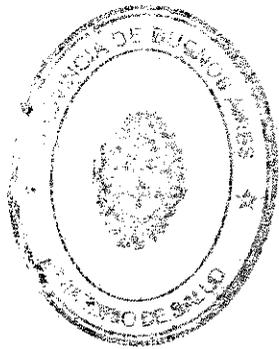
6.2.3. Régimen de Sanciones.

Al momento de liquidar las Transferencias Capitadas, la UEC aplicará las penalidades y/o sanciones establecidas en la presente cláusula, cuando detecte por sí o a través de la Auditoría Concurrente Externa (ACE) o Auditoría Financiera, a su solo criterio, que la PROVINCIA ha incurrido en errores u omisiones, o ha cometido alguna infracción a las normas del Programa.

Los casos previstos, modo de determinación de los importes, penalidades y oportunidad de las deducciones, son los que se presentan en la tabla siguiente:

Régimen General de Sanciones

Caso	Débito	Multa	Oportunidad
a) Casos en que se detecte errores atribuibles a la Provincia en los padrones informados por la misma tales como: duplicaciones de beneficiarios elegibles inscriptos, personas inscriptas que no se ajustan a la población elegible o cualquier otro tipo de situación, fraudulenta o no, que derive en un cálculo de las Transferencias que sea superior a la correcta	La UEC deducirá de la liquidación presentada por la Provincia un débito equivalente al importe resultante de multiplicar la cantidad de inscriptos erróneamente por el 60% del Monto per Cápita Base. En el caso de producirse el débito durante el periodo de gracia de las transferencias complementarias, se considerará el 100% del Monto per Cápita Base	La UEC debitará adicionalmente en carácter de penalidad el 20% del importe del monto per cápita base por cada persona incluida erróneamente en el padrón informado por la provincia	Los débitos y multas se deducirán en el momento del proceso de liquidación de la transferencia en el que se detectan los errores
b) Casos en que se hayan efectuado Transferencias Mensuales sobre la base de padrones informados por la Provincia con errores atribuibles a la misma, y que hayan sido detectados por la UEC o por las auditorías concurrentes con posterioridad a la transferencia	El débito será igual al monto indebidamente transferido, tanto en la o las transferencias mensuales realizadas como en las Transferencias Complementarias que se hubieren efectuado desde el momento del error hasta el momento de haberse detectado el mismo.	La UEC debitará adicionalmente en carácter de penalidad el 20% del importe del Monto per Cápita Base por cada persona incluida erróneamente en el padrón informado por la provincia y por la cantidad de meses erróneamente transferidos	Los débitos y multas se deducirán en el momento del proceso de liquidación de la transferencia en el que se detectan los errores
c) Casos en que se hayan efectuado Transferencias Complementarias sobre la base de información de desempeño en trazadoras informado por la Provincia con errores atribuibles a la misma	El débito será igual al monto indebidamente transferido.	La UEC debitará adicionalmente el 20% del importe del débito determinado	Los débitos y multas se deducirán en el momento del proceso de liquidación de la transferencia en el que se detectan los errores



d) Casos en que la Provincia Participante incumpla el plazo máximo de 50 días para el pago a prestadores contratados.		Multa de 0,15% por cada día de mora aplicado sobre los importes abonados tardíamente o por abonar.	La multa se deducirá en el momento del proceso de liquidación de la transferencia en el que se detecte el incumplimiento
e) Casos en que se detecte que un prestador contratado utilice para el pago de incentivos al personal más del 50% de los fondos recibidos.	El débito será equivalente al exceso por encima del 50% establecido como límite		El débito se deducirá en el momento del proceso de liquidación de la transferencia en el que se detecte el incumplimiento
f) Casos en que se detecte que la Provincia no cumplió con la obligación de transferir o depositar en la cuenta SMIP los fondos provinciales correspondientes al co-financiamiento, dentro del plazo de treinta (30) días corridos contados a partir del día siguiente al de acreditación en la cuenta Cápitas de la transferencia capitada realizada por la UEC.		Multa de 0,01% por cada día de mora aplicado sobre los importes pendientes de transferencia o depósito en la cuenta SMIP por parte de la provincia.	La multa se deducirá en el momento del proceso de liquidación de la transferencia en el que se detecte el incumplimiento

Erogaciones desde la Cuenta Cápitas del SPS para solventar gastos no elegibles

Casos	Sanciones	Oportunidad
Supuesto 1: Fondos incorrectamente transferidos desde la Cuenta Cápitas por errores atribuibles a la UGSP tales como: pagos a efectores de la red, pagos duplicados, pagos a efectores no habilitados para facturar una prestación o módulo, pago de prestaciones que no resulten elegibles de acuerdo a las normas del programa, etc.	La UEC aplicará un débito equivalente al importe incorrectamente transferido por la UGSP	Los débitos y multas se deducirán en el momento del proceso de liquidación de las transferencias capitadas en el que se detectan los errores.
	Adicionalmente la UEC aplicará una multa del 10% sobre el importe del débito determinado	
Supuesto 2: Fondos transferidos desde la Cuenta Cápitas a otras cuentas provinciales en virtud de lo previsto por una normativa provincial, sin que los fondos sean utilizados para gastos no elegibles.	Suspensión de las transferencias capitadas hasta tanto se produzca la devolución de los fondos.	La suspensión se producirá al momento en que la UEC tome conocimiento del hecho. La medida será solicitada por el Área de Auditoría y Supervisión de la UEC.
	La UEC aplicará un interés diario equivalente al 0,5% del monto transferido a otra cuenta provincial, hasta tanto se produzca la devolución de los fondos.	El interés se deducirá en el momento del proceso de liquidación de las transferencias capitadas en el que se detecte el incumplimiento.
	Adicionalmente, superados los 30 días sin haberse producido la devolución de los fondos, la UEC aplicará un multa del 10% del monto transferido a otra cuenta provincial.	La multa se deducirá en el momento del proceso de liquidación de las transferencias capitadas en el que se detecte el incumplimiento.

↪ M

Supuesto 3: Fondos extraídos desde la Cuenta Cápitas para realizar gastos no elegibles (y se produzca su utilización)	Suspensión de las transferencias capitadas hasta tanto se produzca la devolución de los fondos.	La suspensión se producirá al momento en que la UEC tome conocimiento del hecho. La medida será solicitada por el Área de Auditoría y Supervisión de la UEC.
	La UEC aplicará un interés diario equivalente al 0,5% del monto indebidamente extraído hasta su efectivo reintegro.	El interés se deducirá en el momento del proceso de liquidación de las transferencias capitadas en el que se detecte el incumplimiento.
	Multa automática equivalente al 10% del monto extraído.	La multa se deducirá en el momento del proceso de liquidación de las transferencias capitadas en el que se detecte el incumplimiento.
	Adicionalmente, superados los 60 días sin haberse producido la devolución de los fondos, la UEC aplicará un débito por la totalidad del importe indebidamente extraído.	El débito se deducirá en el momento del proceso de liquidación de las transferencias capitadas en el que se detecte el incumplimiento.

Por otra parte cuando la UEC, por sí o a través de la ACE, haya verificado que la PROVINCIA ha incurrido en la comisión de alguno de los supuestos establecidos como "**falta grave**" en el Reglamento Operativo, se encontrará facultada para aplicar las sanciones allí previstas.

6.2.4. Forma de pago

Las Transferencias Capitadas, con sus eventuales deducciones, serán giradas por la NACION a la Cuenta Cápitas del SPS dentro de los 30 días posteriores a que la UEC reciba la documentación requerida en el Reglamento Operativo.

La PROVINCIA recibirá las Transferencias Capitadas en las condiciones que establezca el Programa y desde el momento en que cumpla con las "Condiciones de Admisibilidad", y mientras se mantenga vigente el presente Convenio.

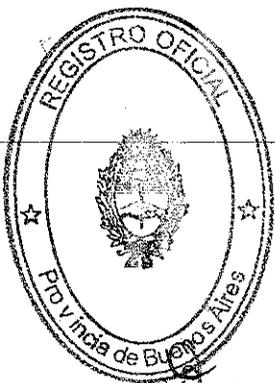
6.2.5. Uso de las Transferencias Capitadas

La PROVINCIA es responsable, a través de la UGSP, de asignar los fondos transferidos con las finalidades y restricciones previstas en este Convenio y en el Reglamento Operativo.

En particular en el caso de las Transferencias Capitadas, los fondos recibidos por la PROVINCIA podrán sufragar exclusivamente gastos por prestaciones elegibles a los Prestadores Habilitados y contratados (sean estos públicos o privados) y que garanticen que los beneficiarios reciban las prestaciones del Plan de Servicios de Salud, de acuerdo con las Condiciones Técnicas vigentes y estarán sujetos a las siguientes cláusulas:

- Solamente se podrán girar estos fondos contra facturas por Prestaciones Elegibles, emitidas por los prestadores contratados que asumen la responsabilidad de los servicios prestados.
- Los prestadores que facturen prestaciones a la UGSP estarán obligados contractualmente a cumplir, en lo que a cada uno le corresponda, el Plan de Servicios de Salud y las Condiciones Técnicas vigentes. La PROVINCIA es responsable de la calidad de las prestaciones brindadas
- Las Prestaciones elegibles son las previstas en el Plan de Servicios de Salud aprobado por la NACION para el Programa, el cual es único para todas las Provincias participantes. Los SPS tendrán libertad para elegir el modo de contratar con los prestadores respetando en todos los casos los mecanismos que garantizan la transparencia y la libre concurrencia, pero con las siguientes limitaciones:
 - (i) el/los modelos de Compromiso de Gestión que la UGSP firme con los prestadores habilitados así como a cada modificación posterior de dicho/s modelo/s deberán tener la No objeción de la UEC y el Banco. En el caso de que

M



la UGSP utilice los modelos de compromiso de gestión incorporados como apéndice al Reglamento Operativo, no se requerirá la No Objeción mencionada.

(ii) en ningún caso podrán comprar factores de producción (personal, insumos, etc.) sino exclusivamente prestaciones médicas (sea en la forma de módulos o prestaciones individuales) que integran el Plan de Servicios de Salud del Programa y de acuerdo a la valoración acordada en el Compromiso Anual vigente.

- La UGSP deberá asegurar que el efector reciba los fondos dentro del plazo establecido en el Reglamento Operativo.
- Para el supuesto que los prestadores públicos contratados no posean capacidad jurídica para percibir y ejecutar por si mismo los fondos del Programa, podrán delegar dicha facultad en un tercero, aceptable para el Banco, en circunstancias que garanticen absolutamente al prestador la capacidad de decisión sobre el uso de los fondos y el control del gasto de los mismos, sin injerencias de ninguna naturaleza. En ningún caso podrá delegarse la utilización de los fondos en la UGSP de la PROVINCIA correspondiente. En este supuesto, el tercero que administre los fondos deberá suscribir con el efector y con la UGSP un convenio de administración de fondos cuyo modelo deberá contar con la No Objeción de la UEC y del Banco. En el caso de que la UGSP utilice los modelos de convenio de administración de fondos incorporados como apéndice al Reglamento Operativo, no se requerirá la no objeción mencionada.

6.2.6. Sobre el Plan de Servicios de Salud

El Plan de Servicios de Salud es único para todas las Provincias participantes y contiene los servicios de salud priorizados por el Programa, y por los cuales la UGSP podrán efectivizar pagos desde la Cuenta Cápitas del SPS. El mismo se rige por las normativas y guías para la atención de la salud, elaboradas por el Ministerio de Salud de la NACION. Durante la vigencia del Programa, el Plan de Servicios de Salud podrá incorporar nuevas prestaciones priorizadas, previa no objeción por parte del Banco.

Los precios del Plan de Servicios de Salud serán definidos por cada PROVINCIA previa discusión técnica e información a la UEC y al Banco. Entrarán en vigencia al momento de la No Objeción del Banco.

6.3. Pagos para la contratación de Asistencia Técnica, Equipamiento, Capacitación y Comunicación.

Para la conformación de los planes respectivos la PROVINCIA deberá determinar los requerimientos de los siguientes elementos: Asistencia técnica, Equipamiento, Capacitación, Sistemas de Información e Informática, y Comunicación. Para ello la PROVINCIA deberá evaluar sus necesidades en relación con el Proyecto y para acceder al financiamiento correspondiente se seguirán los procedimientos establecidos en el Reglamento Operativo.

Estos pagos solamente podrán corresponder a gastos por conceptos elegibles para el Proyecto y que hayan sido previamente acordados con la PROVINCIA en el Compromiso Anual correspondiente.

SÉPTIMA/ GARANTÍA DE INDEMNIDAD

Las partes acuerdan que la PROVINCIA se responsabiliza por toda consecuencia dañosa derivada de las prácticas médicas y/o paramédicas o del incumplimiento o cumplimiento defectuoso de cualquier obligación emergente del presente convenio. La PROVINCIA se obliga a mantener indemne a la NACION por cualquier suma que éste deba abonar a un beneficiario elegible inscripto, sus derechohabientes o terceros en razón de la responsabilidad civil, contractual o extracontractual, incurrida como consecuencia del incumplimiento o cumplimiento defectuoso de las prestaciones comprometidas en el presente.

△ M

La PROVINCIA asume la totalidad de la responsabilidad por las consecuencias derivadas de la contratación de personal, seguros de mala praxis, convenios con prestadores y toda otra actividad vinculada con la ejecución del SPS.

OCTAVA/ CONDICIONALIDADES

8.1. La NACION no transferirá ningún monto para el financiamiento del SPS sin que la PROVINCIA haya cumplimentado previamente las "Condiciones de Admisibilidad" que se describen en el Apéndice D al presente Convenio.

8.2. Asimismo, a fin de acceder a las transferencias de la Nación la Provincia deberá dar cumplimiento a las condiciones previas establecidas en el numeral 4.2 incisos a) i), a) ii), b) ii) y c i); y la firma del primer Compromiso Anual conforme a las condiciones establecidas en el numeral 4.2 inciso g) i).

NOVENA / ACEPTACIÓN DEL REGLAMENTO OPERATIVO PARA PROVINCIAS PARTICIPANTES

La PROVINCIA acepta integralmente el Reglamento Operativo que reglamenta la ejecución del Programa y LA NACION se reserva el derecho de efectuar cambios en el mismo, los que, para entrar en vigencia, deben ser acordados con el Banco y comunicados fehacientemente a la PROVINCIA.

DECIMA / RESOLUCION DE CONFLICTOS

Las partes acuerdan que en caso de discrepancias o conflictos, agotarán todas las instancias para la solución amigable de los mismos. En tal sentido aceptan que el COFESA actúe en estos casos como buen componedor.

UNDECIMA / VIGENCIA

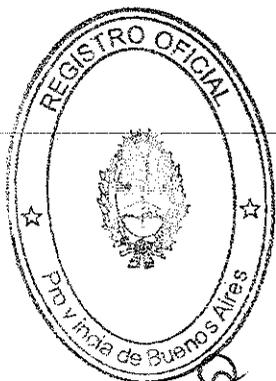
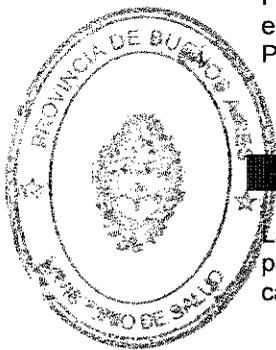
La vigencia del presente Convenio se establece hasta el día 31/12/2016, luego de la cual podrá negociarse un nuevo Convenio a satisfacción de las partes.

A los efectos de las transferencias, el Convenio entrará en vigencia en el momento que la PROVINCIA haya demostrado el cumplimiento de las obligaciones establecidas en las cláusulas 8.1. y 8.2 del presente convenio. Ninguna transferencia será girada ni se devengará ningún concepto a favor de la PROVINCIA mientras dichas condiciones no se hayan cumplido y la PROVINCIA no haya firmado el primer Compromiso Anual conforme a las condiciones establecidas en el numeral 4.2 inciso g).

La PROVINCIA mantendrá su condición de provincia participante del Programa en la medida que el Convenio Marco y el Compromiso Anual se encuentren vigentes, cosa que ocurrirá en el caso en que se cumplan las siguientes condiciones:

- i) Se encuentre vigente el Programa.
- ii) Se encuentre vigente el Compromiso Anual o que no hayan pasado más de 3 meses de encontrarse vencido y no haberse firmado uno nuevo.
- iii) Se mantenga operativa la UGSP del SPS cuyas características funcionales centrales serán definidas por la UEC y comunicadas a la Provincia.
- iv) El presente Convenio Marco no haya sido denunciado por la UEC por incumplimientos graves de la Provincia, por ejemplo:
 - Demora mayor a los 60 días en la rendición de cuentas del uso de los fondos de la Cuenta del SPS.

M



- Incumplimientos graves a las normas del programa.
- Otros incumplimientos reiterados respecto de las normas del Programa.

Las partes quedan facultadas para rescindir el presente convenio en cualquier momento debiendo comunicar fehaciente a la otra parte su decisión con una antelación no menor a los 30 días.

DUODECIMA / CONFORMIDAD

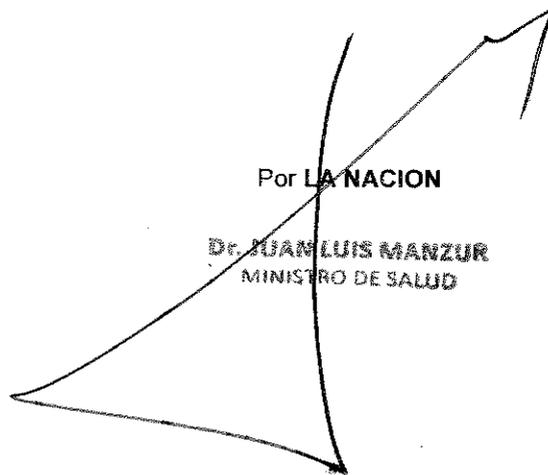
Las partes intervinientes declaran su conformidad con lo anteriormente pactado, obligándose a su estricto cumplimiento, firmando en constancia sus representantes legales dos ejemplares de un mismo tenor.

Se firma el presente Convenio a los 10 días del mes de *septiembre* de 2012.

M

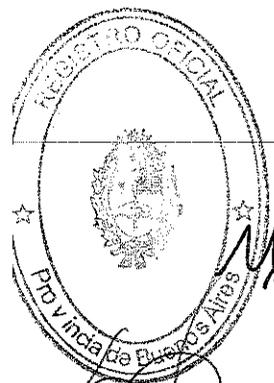
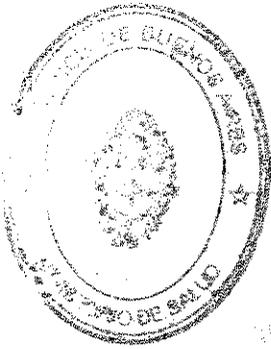

Por LA PROVINCIA

CP


Por LA NACION
Dr. JUAN LUIS MANZUR
MINISTRO DE SALUD

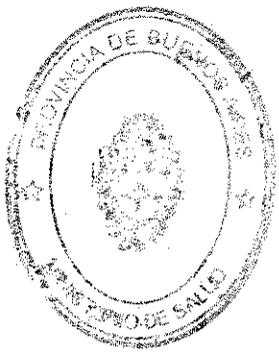
APENDICE A

Reglamento Operativo



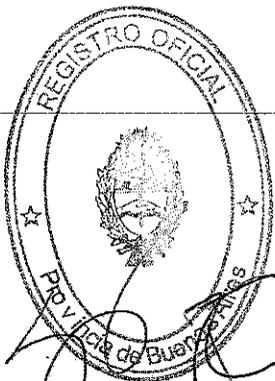
**Proyecto de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud
(Préstamo BIRF 8062-AR)**

Reglamento Operativo



Este documento es de circulación restringida. Sólo puede ser distribuido con la autorización del MSAL

W



W

Índice

Detalle de Anexos	3
Glosario	4
Apéndice B.....	7
1. Inscripción de la población elegible.....	7
2. Cálculo y Liquidación de la Transferencia Capitada.....	7
2.1. Cálculo:	7
2.2. Valor potencial de trazadoras.....	10
2.3. Sobre las Trazadoras.....	10
2.4. Régimen de Sanciones.....	11
2.5. Pagos a las cuentas del SPS.....	15
3. Uso de las Transferencias Capitadas.....	17
3.1. Principios Generales.....	17
3.2. Criterios para la medición del Plazo máximo de 50 días para el pago a prestadores contratados.....	18
3.3. Antigüedad de las prestaciones pagadas por el SPS.....	19
3.4. Acuerdos interjurisdiccionales.....	19
3.5. Cumplimiento del límite máximo del 50 % para gastos de prestadores públicos en incentivos al personal.....	21
4. Planificación anual.....	21
4.1. Plan Operativo Anual (POA).....	21
4.2. Instrumentos de Planificación.....	24
5. Compromiso Anual.....	25
5.1. Sobre el plan de inscripción.....	25
5.2. Sobre el Plan de Servicios de Salud.....	26
5.3. Sobre el Plan de mejora para el desempeño sanitario medido por trazadoras.....	27
5.4. Sobre el Plan Estratégico de Asistencia Técnica y Capacitación.....	27
5.5. Sobre el Plan Estratégico de Comunicación.....	28
5.6. Sobre el Plan con Poblaciones Indígenas.....	29
5.7. Sobre el Plan de Gestión de la información.....	29
5.8. Sobre los Planes de Producción y Aplicación de Fondos.....	29
6. Administración Financiera UEC.....	29
6.1. Pagos a la UGSP: Ciclo de las Transferencias a las Cuentas del SPS.....	29
6.2. Pagos a la UGSP: Ciclo de los pagos por cuenta y orden de la Provincia.....	31
7. Normas y procedimientos de supervisión y auditoría.....	32
7.1. Supervisión y auditoría.....	32
7.2. Tipos de Auditoría.....	33
7.3. Responsabilidades de las auditorías.....	33
7.4. Procedimiento para la presentación de observaciones y comentarios a los informes elaborados por las auditorías.....	33
7.5. Funciones de la UGSP a ser auditadas por la UEC.....	33
7.6. Normas relacionadas con el sistema de reportes.....	34
7.7. Frecuencia y soporte de los reportes.....	34
7.8. Formato de los reportes.....	35
7.9. Certificación de gasto en salud.....	35

8 M

Detalle de Anexos

Procedimientos del Modelo Operativo del Proyecto

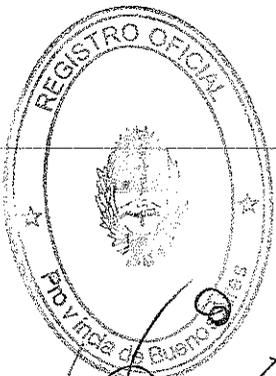
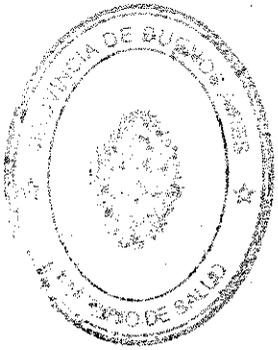
Anexo A. Inscripción de la Población Objetivo

Anexo B. Cobertura Efectiva Básica

Anexo C. Transferencias Capitadas

Anexo D. Co-financiamiento de las Transferencias Capitadas

NY



Glosario

Concepto	Significado
Banco/BIRF/Banco Mundial	Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento
Beneficiario	Se define como Beneficiario a toda persona que, reuniendo los requisitos de elegibilidad, haya completado por sí o por terceros responsables la debida inscripción administrativa al SPS.
Beneficiario con Cobertura Efectiva Básica	Serán las personas inscriptas que hayan recibido al menos una prestación de salud en un intervalo de tiempo definido por la NACION, y por las cuales el SPS podrá devengar la cápita.
CAPS	Centro de Atención Primaria de la Salud
COFESA	Consejo Federal de Salud
Centro	Región Centro conformada por las Provincias: Santa Fe, Córdoba, Buenos Aires, Entre Ríos; y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Compromiso Anual	Acuerdo anual entre la UEC y una Provincia sobre planes de acción y metas sobre Trazadoras que tiene una vigencia de un año fiscal o bien un período menor en el caso de ser el Primer Compromiso Anual
Compromiso de Gestión	Contrato o acuerdo firmado entre el MSP y prestadores provinciales de servicios de salud autorizados (públicos y privados) que incluye las obligaciones de cada parte como así también el conjunto de prestaciones priorizadas y los precios de las mismas, que deben ser provistos por el prestador, normas de calidad y medidas de control, mecanismos de pago, resultados esperados, requisitos de presentación de informes y documentos de apoyo, y modalidades de supervisión e inspección por parte de la auditoría concurrente y de los equipos de supervisión y monitoreo del proyecto de la UEC y de las UGSPs.
Condiciones de Admisibilidad	Son los niveles de desempeño mínimos en relación a indicadores de gestión vinculados al SMIP y requisitos vinculados a la organización del sistema de salud provincial, que las provincias participantes deberán cumplir para acceder al financiamiento del Proyecto.
Condiciones Técnicas vigentes	Normas técnicas y de calidad oficiales emitidas por el MSN referidas a habilitación categorizante de servicios de salud, normas técnicas y de calidad, normas y procedimientos administrativos del Proyecto
Convenio Marco	Convenio firmado entre la Nación y una Provincia Elegible por el cual ésta participa en el Proyecto. Este Convenio establece las responsabilidades y derechos de cada una de las partes.
Cobertura explícita de salud	Se entiende que una persona tiene cobertura explícita de salud cuando se verifica que la misma, o en el caso de los menores, su padre, madre o tutor (siempre que éstos transmitan su cobertura), integran el padrón de beneficiarios activos de las Obras Sociales Nacionales; de las Obras Sociales Provinciales; del programa INCLUIR SALUD o programa que lo reemplace; Mutuales; seguros privados y, en general de las entidades aseguradoras de servicios de salud de las que se disponga los registros en forma oficial y frecuente.
Cuenta del Proyecto o cuenta operativa	Cuenta Corriente nominada en pesos administrada por la UEC (a través de la UFIS) desde donde se efectuarán todas las transferencias a las Provincias Participantes de los fondos provenientes del Banco.
Cuenta Cápitas del SPS	Cuenta Corriente bancaria nominada en pesos administrada por la UGSP a la cual se transfieren los montos correspondientes a las transferencias capitadas y desde donde se efectuarán los pagos por gastos por prestaciones elegibles. La cuenta referida será la misma en la cual los SPS reciben la transferencia de fondos en el marco del Préstamo BIRF N° 7409-AR.
Cuenta POGE del SPS	Cuenta Corriente bancaria nominada en pesos administrada por la UGSP en la cual se depositan los montos por reembolsos de Otros gastos Elegibles.

Concepto	Significado
Cuyo	Región Cuyo conformada por las Provincias: Mendoza, San Luis, San Juan y La Rioja
Equipamiento Médico de "Alto Costo"	Equipos destinados al fortalecimiento de la capacidad prestacional de la red pública de atención que su valor unitario supere los U\$D 500.000.- (dólares quinientos mil), excepto equipamiento para Hemodinamia (Angiógrafo Digital Intervencionista).
Gastos por prestaciones elegibles	Gastos pagados desde la Cuenta Cápitas del SPS correspondientes a conceptos incluidos en el Plan de Servicios de Salud
INDEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina.
IUFR	Interim Unaudited Financial Reports
MEyF	Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación
Monto per cápita base	Es el valor que se establezca para el financiamiento parcial de los distintos servicios de cuidado de la salud destinados a los grupos poblacionales que integren la población elegible del SPS, incluidos en el Plan de Servicios de Salud del Programa.. Monto per cápita que constituye la base para el cálculo de la Transferencia Capitada por servicios del SPS. Este Monto es igual al valor Inicial más/menos los ajustes que la Nación, con el acuerdo del Banco, defina en el futuro.
MSN	Ministerio de Salud de la Nación
MSP	Ministerio de Salud de la Provincia u organismo equivalente
Nación	Estado Nacional Argentino
NEA	Región Noreste Argentino conformada por las Provincias: Chaco, Misiones, Formosa y Corrientes
No objeción	Proceso mediante el cual el Banco da su conformidad a solicitudes de la UEC referidas a la ejecución del PDSPPS
NOA	Región Noroeste Argentino conformada por las Provincias: Jujuy, Salta, Tucumán, Catamarca y Santiago del Estero
OSN	Obras Sociales Nacionales
OSP	Obra Social Provincial
Otros gastos elegibles	Gastos pagados desde la Cuenta del SP-POGE correspondientes a conceptos de contratación de consultoría y de servicios de comunicación aceptables por el Proyecto
PAD	Project Appraisal Document - Documento de Evaluación del Proyecto.
Patagonia	Región Patagonia conformada por las Provincias: La Pampa, Río Negro, Neuquén, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego
PDSPPS/ Proyecto	Proyecto de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud
Periodo de gracia	Período de hasta 8 meses posteriores a la fecha de efectividad del Préstamo, según se establece en el mismo.
Plan de Servicios de Salud	Conjunto de prestaciones de salud elegibles para los SPS en el marco del Proyecto.
Plan Federal de Salud	Proyecto conjunto (Nación -Provincias) de políticas sanitarias para ser realizado durante el período 2010-2016
Proyecto	Proyecto de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud
POA	Plan Operativo Anual
Población Elegible	Niños de 6 a 9 años, Adolescentes de 10 a 19 años, y Mujeres de 20 a 64 años inclusive sin cobertura explícita de salud domiciliados en la provincia participante. A partir de Enero 2013 se prevé la incorporación como población elegible de los grupos poblacionales (mujeres embarazadas, púerperas y niños menores de 6 años) que actualmente son financiados a través del Convenio de Préstamo N° 7409-AR.
Préstamo Plan Nacer APL 1	Es el Préstamo N° 7225-AR otorgado por el BIRF a la Nación Argentina para financiar la fase I del Proyecto de Seguros de Salud Materno Infantil Provincial - APL I que incluyó a las Provincias NOA y NEA, y que en el 2010 la

Concepto	Significado
	Nación ha finalizado su ejecución.
Préstamo Plan Nacer APL 2	Es el Préstamo N° 7409-AR otorgado por el BIRF a la Nación Argentina para financiar la fase II del Proyecto de Seguros de Salud Materno Infantil Provincial - APL II que incluyó a las Provincias de las regiones de Centro, Cuyo y Patagonia, y que actualmente financia asimismo a las provincias del NOA y NEA.
Préstamo PDSPPS	Es el Préstamo N° 8062-AR otorgado por el BIRF a la Nación Argentina para financiar el Proyecto de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud entre los años 2011-2015.
Provincia participante	Provincia que ha firmado el Convenio Marco y que este se mantiene vigente. Solamente una Provincia Participante puede acceder a los beneficios del Proyecto.
Provincia elegible	Todas las provincias del país y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Provincias	Todas las provincias del país y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
PUCO	Padrón Único Consolidado Operativo conformado por la UEC sobre la base de los padrones oficiales de Cobertura Explícita disponibles.
Reglamento Operativo	Conjunto de normas y procedimientos específicos que son de cumplimiento obligatorio para la Nación y las Provincias Participantes del Proyecto. Este reglamento es parte del Convenio Marco.
SMIP	Seguro Materno Infantil Provincial
SPS	Seguro Público Provincial de Salud
SYNTIS	Sistema de Identificación Nacional Tributario y Social
Transferencia Capitada	Es la Transferencia Capitada para servicios del SPS, que se calcula como el producto de un Monto per cápita base por el número de Beneficiarios elegibles que revistan la condición de "beneficiarios con cobertura efectiva básica". Esta transferencia se compone de una Transferencia Mensual Base y de una Transferencia Complementaria Cuatrimestral.
Transferencia Complementaria Cuatrimestral	Transferencia que la UEC girará cuatrimestralmente a las Provincias Participantes, y que representará el 40% de la sumatoria de las Transferencias Capitadas de los cuatro últimos meses multiplicado por un coeficiente que refleja el desempeño sanitario por variables de control (Trazadoras).
Transferencia Mensual Base	Transferencia que la UEC girará mensualmente a las Provincias Participantes, y que representará el 60% de la Transferencia Capitada, excepto durante el periodo de gracia, en el que la provincia recibirá el 100% de la Transferencia Capitada
Trazadoras	Son indicadores sanitarios mediante los cuales se evalúa y retribuye el desempeño del Sistema de Salud Provincial, respecto de distintas dimensiones de la atención de la salud de la población objetivo
UEC	Unidad Ejecutora Central
UGSP	Unidad de Gestión del Seguro Provincial
UFI-S	Unidad de Financiamiento Internacional Salud

Apéndice B

REGLAMENTO OPERATIVO

La ejecución del Proyecto se ajustará a las normas y procedimientos que se establecen en esta parte del Manual Operativo y que se expresan a continuación.

Las normas y procedimientos aquí establecidos constituirán el Reglamento Operativo - Apéndice B - del Convenio Marco a suscribir con las Provincias Elegibles.

Dicho Reglamento Operativo, es único para las Provincias Participantes.

Asimismo, la UEC a través del dictado de Disposiciones Operativas podrá instrumentar la aplicación de procedimientos específicos que complementen los procedimientos aquí reglados, los que en ningún momento podrán estar en contradicción con el Convenio de Préstamo; con el PAD y con este Manual Operativo.

Las Disposiciones Operativas deberán contar con la No objeción por parte del Banco. Al respecto, se expresa que el Banco contará con un plazo de 7 días hábiles a los efectos de su revisión contados a partir de la fecha de su remisión por parte de la UEC. Transcurrido ese plazo, y no habiendo el Banco realizado observaciones, la misma se considerará no objetada.

1. Inscripción de la población elegible.

La Provincia Participante tiene la responsabilidad de la inscripción de la población elegible y de la gestión del padrón de acuerdo con las normas del Proyecto establecidas en el Convenio Marco, el Reglamento Operativo y el Compromiso Anual, y en el Anexo I del presente documento.

2. Cálculo y Liquidación de la Transferencia Capitada.

Las Provincias participantes accederán a las transferencias Capitadas de acuerdo con las siguientes disposiciones.

2.1. Cálculo:

A los efectos de determinar las Transferencias para una Provincia Participante la UEC calculará mensualmente la Transferencia Capitada definida como el producto de un Monto per cápita base por el número de Beneficiarios que

revistan la condición de “**beneficiarios con cobertura efectiva básica**”, en los términos descriptos en el Anexo I del presente documento.

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

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

Plan de Servicios de Salud del Proyecto	
N° 1	Servicios Preventivos y Generales de Salud
N° 2	Servicios de Salud por Enfermedades Catastróficas

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

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

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

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

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

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

- 1) Para cada trazadora, la UEC determina, en acuerdo con el Banco, un umbral mínimo, e intermedio y una meta máxima. Cada uno de estos valores representa un umbral cuyo alcance por la Provincia determina una retribución económica determinada. Los umbrales y metas serán

6

M

incluidos en los Compromisos Anuales suscriptos entre la UEC y las provincias, pudiendo ser modificados unilateralmente por la UEC en acuerdo con el Banco, debiendo esa decisión ser comunicada con antelación a las provincias participantes del Proyecto.

- 2) Si el logro sanitario alcanzado en un cuatrimestre por la Provincia se ubica por debajo de la meta mínima de cumplimiento, ésta recibirá 0% por esa trazadora. Si logro sanitario alcanzado se encuentra entre el umbral mínimo y la meta máxima, la provincia recibirá la retribución prevista en el apartado 4.2.2. del presente documento.

En consecuencia, el cálculo de la Transferencia Complementaria Cuatrimestral se realizará de acuerdo al siguiente cálculo:

$$TC_{\Omega^i}^{ij} = \begin{cases} \$ 0 & \text{Si } LS^{ij} < \Phi^i \\ \$ (x_1^j/100 + 0.01 \times (LS^{ij} - \Phi^i) / (\Omega^i - \Phi^i)) \times VC^j \times PA^j & \text{Si } \Phi^i \leq LS^{ij} < \Omega^i \\ \$ (x_2^j/100 + 0.01 \times (LS^{ij} - \Omega^i) / (1 - \Omega^i)) \times VC^j \times PA^j & \text{Si } \Omega^i \leq LS^{ij} \leq 1 \end{cases}$$

Dónde:

LS^{ij} = logro sanitario de la provincia j para la trazadora i. Es igual al cociente entre casos admitidos y el denominador de la trazadora por el máximo potencial de la trazadora: $CA^{ij} / (D^{ij} * Max^i)$. Cuando la relación CA^{ij} / D^{ij} coincide con el Max^i la retribución alcanzará el $x_3\%$. Los denominadores $D^{ij} * Max^i$ son los establecidos para el esquema de cálculo.

VC^j = valor de la capita para la provincia j

PA^j = Población beneficiaria con cobertura efectiva básica de la provincia j en el período de referencia

x_1 = Retribución mínima

x_2 = Retribución media

x_3 = Retribución máxima

Φ^i = Meta mínima del cumplimiento de la trazadora i (Max^i) que genera ingresos por transferencia complementaria cuatrimestral del $x_1^j\%$ de la transferencia mensual base.

Ω^i = Meta media del cumplimiento de la trazadora i (Max^i) que genera ingresos por transferencia complementaria cuatrimestral del x_2^j % de la transferencia mensual base.

Cabe aclarar que en caso de que el logro sanitario sea mayor a 1 se pagará el total de la prestación complementaria de la trazadora i, resultando: $x_3^j \times VC^j \times PA^j$.

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

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

No obstante lo establecido más arriba, las **Transferencias Capitadas** que correspondan al **Período de Gracia de las Transferencias Complementarias Cuatrimestrales** (entendiendo por tal al período de hasta (8) ocho meses posteriores a la fecha de efectividad del préstamo) serán remitidas a la provincia en un 100%, sin considerarse, en este caso, la Transferencia Complementaria Cuatrimestral.

Si el Período de Gracia no finaliza el último día de un mes calendario dicho plazo se tendrá por extendido al último día del mes en el que concluyó.

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

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

A continuación se define el esquema de financiamiento decreciente previsto durante la ejecución del Proyecto correspondiente al conjunto de Servicios Preventivos y Generales de Salud:

Período	2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2016
Financiamiento	100% Nación	85% Nación / 15% Pcias.	85% Nación / 15% Pcias.	75% Nación / 25% Pcias.	70% Nación / 30% Pcias.

2.2. Valor potencial de trazadoras.

Cada trazadora representa un valor porcentual de la proporción de la **Transferencia Complementaria**. Ese valor variará en el ciclo de ejecución del proyecto, de acuerdo al número total de trazadoras vigente.

2.3. Sobre las Trazadoras.

Las Trazadoras son indicadores sanitarios mediante los cuales se evalúa y retribuye el desempeño del Sistema de Salud Provincial, respecto de distintas dimensiones de la atención de la salud de la población objetivo, y han sido definidas del siguiente modo:

a) Vigencia, descripción y definición operativa.

El número de trazadoras y el asunto sanitario que valorarán las mismas se encontrará directamente vinculado al conjunto de prestaciones de salud priorizadas y los grupos poblacionales que financie el Proyecto.

La matriz de trazadoras será definida por la UEC y comunicada oportunamente a las Provincias.

b) Metas:

i) *Evaluación del desempeño medido por Trazadoras.*

La Provincia Participante informará al UEC 60 días después del fin del cuatrimestre respectivo, el desempeño sanitario alcanzado en cada una de las trazadoras del Proyecto, adjuntando la información que respalda el numerador reportado, así como el denominador en el caso de la meta de la trazadora que evalúa el funcionamiento del Comité de Auditoría de Muerte Materno Infantil Provincial.

La información de respaldo del numerador de todas las trazadoras será nominada a fin de confirmar la elegibilidad de la población reportada.

El UEC procederá a verificar, mediante cruce con el PUCO, la elegibilidad de los casos reportados en respaldo del numerador. Una vez verificada la elegibilidad, y si luego de esto se alcanzará un determinado umbral de retribución, la UEC procederá a liquidar y transferir la retribución alcanzada correspondiente a la provincia respectiva. La información y procesos antes referidos serán sujetos de procedimientos de auditoría por la Auditoría Externa Concurrente (AEC) y subsidiariamente podrán ser verificados por el Área de Auditoría y Supervisión de la UEC.

Si durante el proceso de auditoría se verificaren casos no elegibles, la AEC, propondrá las sanciones previstas en el presente Manual Operativo y la UEC procederá a aplicar las mismas.

2.4. Régimen de Sanciones.

Al momento de liquidar las Transferencias Capitadas, la UEC aplicará las sanciones establecidas en la presente cláusula, cuando detecte por sí o a través de la Auditoria Concurrente Externa (AEC) o Auditoria Financiera, a su solo criterio, que la Provincia Participante ha incurrido en errores, omisiones o ha cometido alguna infracción a las normas del Proyecto.

En la tabla siguiente, se enumeran los errores, omisiones e infracciones con su respectiva sanción.

Régimen General de Sanciones

Caso	Débito	Multa	Oportunidad
a) Casos en que se detecte errores atribuibles a la Provincia en los padrones informados por la misma tales como: duplicaciones de beneficiarios elegibles inscriptos, personas inscriptas que no se ajustan a la población elegible o cualquier otro tipo de situación, fraudulenta o no, que derive en un cálculo de las Transferencias que sea superior a la correcta	La UEC deducirá de la liquidación presentada por la Provincia un débito equivalente al importe resultante de multiplicar la cantidad de inscriptos erróneamente por el 60% del Monto per Cápita Base. En el caso de producirse el débito durante el período de gracia de las transferencias complementarias, se considerará el 100% del Monto <i>per</i> Cápita Base	La UEC debitará adicionalmente en carácter de penalidad el 20% del importe del monto <i>per</i> cápita base por cada persona incluida erróneamente en el padrón informado por la provincia	Los débitos y multas se deducirán en el momento del proceso de liquidación de la transferencia en el que se detectan los errores
b) Casos en que se hayan efectuado Transferencias Mensuales sobre la base de padrones informados por la Provincia con errores atribuibles a la misma, y que hayan sido detectados por la UEC o por las auditorias concurrentes con posterioridad a la transferencia	El débito será igual al monto indebidamente transferido, tanto en la o las transferencias mensuales realizadas como en las Transferencias Complementarias que se hubieren efectuado desde el momento del error hasta el momento de haberse detectado el mismo.	La UEC debitará adicionalmente en carácter de penalidad el 20% del importe del Monto <i>per</i> Cápita Base por cada persona incluida erróneamente en el padrón informado por la provincia y por la cantidad de meses erróneamente transferidos	Los débitos y multas se deducirán en el momento del proceso de liquidación de la transferencia en el que se detectan los errores
c) Casos en que se hayan efectuado Transferencias Complementarias sobre la base de información de desempeño en trazadoras informado por la Provincia con errores atribuibles a la	El débito será igual al monto indebidamente transferido.	La UEC debitará adicionalmente el 20% del importe del débito determinado	Los débitos y multas se deducirán en el momento del proceso de liquidación de la transferencia en el que se detectan los

misma			errores
d) Casos en que la Provincia Participante incumpla el plazo máximo de 50 días para el pago a prestadores contratados.		Multa de 0,15% por cada día de mora aplicado sobre los importes abonados tardíamente o por abonar.	La multa se deducirá en el momento del proceso de liquidación de la transferencia en el que se detecte el incumplimiento
e) Casos en que se detecte que un prestador contratado utilice para el pago de incentivos al personal más del 50% de los fondos recibidos.	El débito será equivalente al exceso por encima del 50% establecido como límite		El débito se deducirá en el momento del proceso de liquidación de la transferencia en el que se detecte el incumplimiento
f) Casos en que se detecte que la Provincia no cumplió con la obligación de transferir o depositar en la cuenta SMIP los fondos provinciales correspondientes al co-financiamiento, dentro del plazo de treinta (30) días corridos contados a partir del día siguiente al de acreditación en la cuenta Cápitas de la transferencia capitada realizada por la UEC.		Multa de 0,01% por cada día de mora aplicado sobre los importes pendientes de transferencia o depósito en la cuenta SMIP por parte de la provincia.	La multa se deducirá en el momento del proceso de liquidación de la transferencia en el que se detecte el incumplimiento

Erogaciones desde la Cuenta Cápitas del SPS para solventar gastos no elegibles

Casos	Sanciones	Oportunidad
Supuesto 1: Fondos incorrectamente transferidos desde la Cuenta Cápitas por errores atribuibles a la UGSP tales como: pagos a efectores de la red, pagos duplicados, pagos a efectores no habilitados para facturar una prestación o módulo, pago de prestaciones que no resulten elegibles de acuerdo a las normas del programa, etc.	La UEC aplicará un débito equivalente al importe incorrectamente transferido por la UGSP	Los débitos y multas se deducirán en el momento del proceso de liquidación de las transferencias capitadas en el que se detectan los errores.
	Adicionalmente la UEC aplicará una multa del 10% sobre el importe del débito determinado	

Supuesto 2: Fondos transferidos desde la Cuenta Cápitas a otras cuentas provinciales en virtud de lo previsto por una normativa provincial, sin que los fondos sean utilizados para gastos no elegibles.	Suspensión de las transferencias capitadas hasta tanto se produzca la devolución de los fondos.	La suspensión se producirá al momento en que la UEC tome conocimiento del hecho. La medida será solicitada por el Área de Auditoría y Supervisión de la UEC.
	La UEC aplicará un interés diario equivalente al 0,5% del monto transferido a otra cuenta provincial, hasta tanto se produzca la devolución de los fondos.	El interés se deducirá en el momento del proceso de liquidación de las transferencias capitadas en el que se detecte el incumplimiento.
	Adicionalmente, superados los 30 días sin haberse producido la devolución de los fondos, la UEC aplicará un multa del 10% del monto transferido a otra cuenta provincial.	La multa se deducirá en el momento del proceso de liquidación de las transferencias capitadas en el que se detecte el incumplimiento.
Supuesto 3: Fondos extraídos desde la Cuenta Cápitas para realizar gastos no elegibles (y se produzca su utilización)	Suspensión de las transferencias capitadas hasta tanto se produzca la devolución de los fondos.	La suspensión se producirá al momento en que la UEC tome conocimiento del hecho. La medida será solicitada por el Área de Auditoría y Supervisión de la UEC.
	La UEC aplicará un interés diario equivalente al 0,5% del monto indebidamente extraído hasta su efectivo reintegro.	El interés se deducirá en el momento del proceso de liquidación de las transferencias capitadas en el que se detecte el incumplimiento.
	Multa automática equivalente al 10% del monto extraído.	La multa se deducirá en el momento del proceso de liquidación de las transferencias capitadas en el que se detecte el incumplimiento.
	Adicionalmente, superados los 60 días sin haberse producido la devolución de los fondos, la UEC aplicará un débito por la totalidad del importe indebidamente extraído.	El débito se deducirá en el momento del proceso de liquidación de las transferencias capitadas en el que se detecte el incumplimiento.

Por otra parte, cuando la UEC, por sí o a través de la AEC o la Auditoría Financiera, haya verificado que la Provincia Participante ha incurrido en la comisión de una “**falta grave**”, se encontrará facultada a aplicar las siguientes sanciones:

1) Multa de hasta el 20% sobre Transferencias Capitadas.

La multa se aplicará sobre el importe de la liquidación de la transferencia capitada inmediatamente posterior al acto que dispone la aplicación de la presente sanción.

2) Retención de las Transferencias Capitadas.

8 W

La retención de los fondos correspondientes a las Transferencias Capitadas, se efectuará hasta tanto la UEC, por sí o a través de la AEC, haya obtenido evidencias suficientes que permitan constatar que la Provincia sancionada ha cesado en la comisión de la falta grave correspondiente.

La Provincia no se exime en este caso de remitir el Padrón OSP actualizado en los plazos establecidos.

Se establece que para el caso que se disponga transferir los fondos retenidos, los mismos serán transferidos a la Provincia Participante sin actualización alguna y sin aplicación de interés compensatorio.

3) Suspensión del derecho de devengamiento de las Transferencias Capitadas.

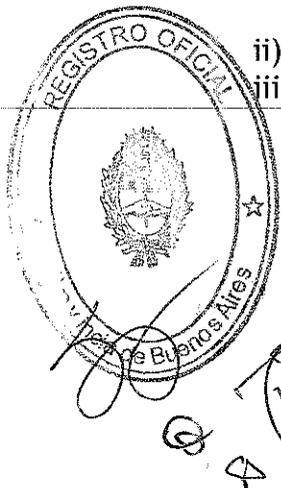
En este supuesto, la Provincia Participante sancionada perderá irreversiblemente el derecho de percibir las Transferencias Capitadas correspondientes a los meses durante los cuales se aplicó la sanción. La aplicación de esta sanción no representa la suspensión de los efectos del Convenio Marco Nación - Provincia. Por último, la Provincia no se exime en este caso de remitir el Padrón OSP actualizado en los plazos establecidos.

A los fines del Proyecto se considera "falta grave" a:

- 1) La persistencia en el bajo nivel de desempeño de una Provincia en el Proyecto, por ejemplo: bajo nivel de cobertura de la población elegible; bajo nivel de desempeño en trazadoras; saldos excesivos en la cuenta SPS; bajo nivel de contratación de prestadores o bajo nivel de utilización de fondos por los prestadores, entre otros supuestos.
- 2) El incumplimiento de obligaciones contractuales que conlleva el incumplimiento de los objetivos centrales del Proyecto, tales como la violación del deber de brindar información a la UEC; fallas en los procesos que garantizan la autonomía de los prestadores en el uso de los fondos; violación del deber de permitir el acceso y tareas de las auditorías del Proyecto; reducción del presupuesto provincial destinado a salud, entre otros supuestos.
- 3) Incumplimientos no graves y reiterados.

El acto administrativo de la UEC que dispongan la aplicación de medidas sancionatorias y/o su levantamiento, deberá reunir las siguientes características:

- i) Deberá ser **comunicado fehacientemente** a la Provincia Participante, a la AEC y al BIRF.
- ii) Entrará en **vigencia** el día de su emisión formal por parte de la UEC.
- iii) Es **inapelable**, no dando lugar a la Provincia a presentar ningún tipo de descargo contra dicho acto.



2.5. Pagos a las cuentas del SPS

Los procedimientos de administración financiera previstos para los pagos a las cuentas del SPS se describen en el siguiente cuadro

EVENTO	UEC	UFI-S	UGSP
Documentación de padrones, solicitud de reembolsos y/o Nota de cumplimiento de trazadoras			Remite documentación de padrones de beneficiarios elegibles del SPS Se confeccionan y remiten las solicitudes de reembolsos Se elabora y remite la nota de cumplimiento de trazadoras
Recepción	Recepción de la documentación de la UGSP		
Control	Revisión y depuración de los padrones, control del legajo de las solicitudes de reembolso, control de cumplimiento de trazadoras a través de áreas de cápitas, auditoría y supervisión y auditoría externa concurrente.		
Aprobación	Se determinan los débitos a efectuarse a la liquidación de cápitas y el monto a pagar por ese concepto o, si corresponde, se aprueban las solicitudes de reembolso y las notas de cumplimiento de trazadoras Se autoriza la emisión de la Orden de Pago		
Emisión de la OP y el cheque		Emisión de la OP y del cheque	
Pago		Se efectiviza el pago a las cuentas del SPS que corresponda, dentro de los 30 de la recepción de la liquidación por parte de la UGSP	

EVENTO	UEC	UFI-S	UGSP
Contabilidad		Se registran los pagos con fondos de la cuenta operativa del Proyecto	Se registran el ingreso en las cuentas y los eventuales débitos.

A los efectos de la interpretación del cuadro anterior se debe entender:

- La documentación de padrones de beneficiarios que la Provincia debe remitir mensualmente y que determina el cálculo de la Transferencia Capitada es la establecida en el punto 6.1 de este documento.
- Las solicitudes de reembolso, a excepción de los desembolsos para cápitas, se deben remitir en formulario especial (que al efecto remitirá la UFI-S) y debe contener en un anexo los legajos de los gastos efectuados, incluyendo: la copia del contrato, copia del documento que acredite el efectivo pago realizado por la Provincia y la Nota de recepción conforme de los trabajos por parte de la UGSP.
- Las notas de cumplimiento de metas de trazadoras se remitirán cuatrimestralmente y servirán para que la UEC determine el monto a pagar en concepto de Transferencia Complementaria Cuatrimestral, de acuerdo con lo que establece el Convenio Marco

3. Uso de las Transferencias Capitadas.

3.1 Principios Generales.

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

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

- Solamente se podrán girar estos fondos contra facturas por Prestaciones Elegibles, emitidas por los prestadores contratados que asumen la responsabilidad de los servicios prestados, en la que se detallen las prestaciones del Plan de Servicios de Salud, a los valores acordados entre la UGSP y la UEC en el Compromiso Anual vigente, identificando a los beneficiarios involucrados.

La factura deberá contener como mínimo la siguiente información: denominación del prestador, fecha de emisión, código de la prestación facturada, valor unitario de la prestación facturada, identificación del beneficiario al que se le brindo la prestación, y firma del responsable del prestador.

M

- Las prestaciones elegibles deben haber sido brindadas dentro de los 4 meses anteriores a la fecha de recepción de la factura por parte la UGSP.
- Los prestadores que facturen prestaciones a la UGSP estarán obligados contractualmente a cumplir, en lo que a cada uno le corresponda, el Plan de Servicios de Salud y las Condiciones Técnicas vigentes. La provincia es responsable de la calidad de las prestaciones brindadas
- Las Prestaciones elegibles son las previstas en el Plan de Servicios de Salud aprobado por la Nación para el Proyecto, el cual es único para todas las provincias participantes. Las UGSP tendrán libertad para elegir el modo de contratar con los prestadores respetando en todos los casos los mecanismos que garanticen la transparencia y la libre concurrencia, pero con las siguientes limitaciones:
 - (i) El/los modelos de compromiso de gestión que la UGSP firme con los prestadores habilitados así como a cada modificación posterior de dicho/s modelo/s deberán tener la No objeción de la UEC y el Banco. En el caso que la UGSP utilice los modelos de compromiso de gestión establecidos por la UEC, no se requerirá la No objeción mencionada.
 - (ii) En ningún caso podrán comprar factores de producción (personal, insumos, etc.) sino exclusivamente prestaciones médicas (sea en la forma de módulos y prestaciones individuales) que integran el Plan de Servicios de Salud del Proyecto y de acuerdo a la valoración acordada en el Compromiso Anual vigente.
 - (iii) Los precios pagados por cada una de las prestaciones elegibles serán los mismos para todos los prestadores contratados.
- La UGSP deberá asegurar que el efector reciba los fondos dentro de los 50 días corridos de recibida la factura por prestaciones elegibles.
- Los prestadores públicos contratados podrán utilizar en incentivos al personal hasta un máximo del 50 % de los fondos recibidos en el marco del Proyecto durante cada semestre calendario. La modalidad que la provincia utilice para el pago de incentivos al personal deberá estar asociada al cumplimiento de determinados resultados por parte del equipo de salud que se desempeña en el efector. Estos resultados deberán ser medibles, auditables y atribuibles al referido equipo. La propuesta de pago de incentivos al personal deberá ser presentada para su No Objeción a la UEC.
- Para el supuesto que los prestadores públicos contratados no posean capacidad jurídica para percibir y ejecutar por si mismo los fondos del Proyecto, podrán delegar dicha facultad en un tercero, aceptable para el Banco, en circunstancias que garanticen absolutamente al prestador la capacidad de decisión sobre el uso de los fondos y el control del gasto de los mismos, sin injerencias de ninguna naturaleza. En ningún caso podrá delegarse la utilización de los fondos en la UGSP de la Provincia correspondiente. En este supuesto, el tercero que administre los fondos deberá suscribir con el efector y con la UGSP un convenio de administración de fondos cuyo modelo deberá contar con la No Objeción de la UEC y del Banco. En el caso que la UGSP utilice los modelos de

⊕

M

convenio de administración establecidos por la UEC, no se requerirá la No objeción mencionada.

- Será condición para el pago de las prestaciones elegibles brindadas a los beneficiarios del SPS, la existencia en la Historia Clínica de los datos mínimos obligatorios conforme las normas del Proyecto.
- En el caso de algunas prestaciones, será condición adicional para el pago el reporte de uno o más datos que se encuentren expresamente definidos por la normativa vigente.

El pago a un prestador sin cumplir con las mencionadas condiciones será considerado por la UEC como supuesto del caso a) del punto 2.4 de este documento (Erogación desde la Cuenta del SPS para solventar gastos no elegibles).

Los pagos a prestadores podrán hacerse en forma “directa” cuando el Prestador tenga personería jurídica para administrar sus fondos o bien en forma “indirecta” en el caso contrario.

3.2. Criterios para la medición del Plazo máximo de 50 días para el pago a prestadores contratados.

a) Inicio del Plazo:

El mismo se inicia en la fecha de recepción de la factura por parte la UGSP, la cual deberá ser datada con un sello fechador. De no encontrarse registrada la fecha de recepción, el plazo se contabilizará desde la fecha de emisión de la factura.

b) Conclusión del Plazo:

- Modelo de Pago Directo: el plazo concluye en la fecha en que se realiza la transferencia bancaria desde la UGSP a la cuenta del Prestador.
- Modelo de Pago Indirecto: concluye con la fecha de recepción por parte del Prestador de la notificación fehaciente de que los fondos se encuentra disponibles. La notificación deberá efectuarse de acuerdo al formato y contenidos definidos por la UEC, y deberá ser realizada por el Ente Administrador, por si o a través de la UGSP. La UGSP contará con 30 días para recepcionar copia de la notificación fehaciente sobre la disponibilidad de los fondos por parte del prestador, contados desde la fecha en que dicha Unidad efectuó la transferencia bancaria a la cuenta del Ente Administrador.

3.3. Antigüedad de las prestaciones pagadas por el SPS.

Las prestaciones elegibles pagadas por el SPS deben haber sido brindadas a los beneficiarios dentro de los 4 meses anteriores a la fecha de recepción de la factura por parte de la UGSP.

En los casos en que el SPS pague una prestación de una antigüedad mayor a 4 meses, se aplicará una multa diaria de 0,15% por cada día de exceso en el plazo establecido sobre el importe pagado por la UGSP por dicha prestación (cláusula 2.4., apartado h).

3.4. Acuerdos interjurisdiccionales

En el marco del Proyecto, y con el objeto de asegurar la atención de sus beneficiarios y procurar la cobertura efectiva de los mismos, los SPS podrán contratar prestadores habilitados pertenecientes a otra jurisdicción.

A tal fin, las máximas autoridades en salud de las jurisdicciones intervinientes deberán suscribir un Acuerdo Marco donde se establezcan las pautas y lineamientos generales de cooperación mutua, el cual deberá incluir al menos los siguientes aspectos:

- a) Autorización a los prestadores de la red pública de su provincia a suscribir Compromisos de Gestión con el SPS de la otra jurisdicción.
- b) Definición expresa de los mecanismos de registro y remisión de información vinculada a la inscripción de población objetivo y a la facturación de prestaciones brindadas a los beneficiarios del Proyecto. En particular, deberá definirse el sistema informático que utilizarán los efectores contratados por el SPS de la otra jurisdicción a los efectos de la inscripción y facturación.
- c) Circuito de pago de prestaciones desde el SPS contratante a los prestadores contratados de la otra jurisdicción, estableciendo la modalidad de transferencia y los actores intervinientes en el mismo.
- d) Modalidad de auditoría que establecerá el SPS contratante, definiendo alcances y periodicidad de la misma.
- e) Esquema de sanciones previsto en virtud de los resultados de las auditorías realizadas.
- f) Para todos los efectos que deriven del acuerdo suscripto en el marco del Proyecto, las partes deberán someterse al arbitrio del Ministerio de Salud de la Nación.
- g) En todos los casos el acuerdo marco suscripto entre las partes deberá respetar las normas del Proyecto.

El Acuerdo Marco a suscribir por las partes deberá ser previamente no objetado por la Unidad Ejecutora Central.

El cumplimiento de las condiciones del acuerdo será auditado por la Auditoría Externa Concurrente contratada por el Proyecto. Complementariamente, la Nación supervisará la ejecución del mismo a través del Área de Auditoría y Supervisión de la Unidad Ejecutora Central del programa.

En el supuesto que de los controles realizados se detecten incumplimientos al acuerdo vigente, las auditorías deberán solicitar la aplicación de las sanciones previstas en el Acuerdo Marco y el Manual Operativo del Proyecto.

En todos los casos, la ejecución del acuerdo deberá realizarse respetando las normas del Proyecto. El orden de prelación definido es el siguiente:

- a) Convenios de Préstamo,
- b) Manual Operativo del Proyecto,
- c) Convenio Marco de Participación suscripto por las provincias con la Nación,
- d) Reglamento Operativo del Proyecto,
- e) Acuerdo Marco suscripto entre las máximas autoridades sanitarias provinciales.

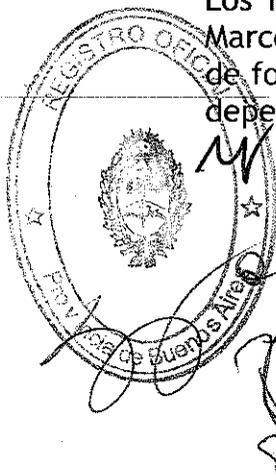
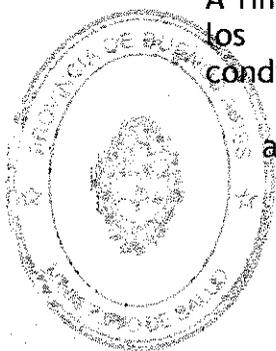
Una vez suscripto el Acuerdo Marco, los SPS se encontrarán en condiciones de contratar prestadores de la otra jurisdicción.

A fin de que el SPS de una provincia se encuentre habilitado a efectuar pagos a los prestadores de otra jurisdicción, deberán cumplirse las siguientes condiciones:

- a) Que exista un “contrato válido y vigente” entre el SPS y el Prestador. A estos efectos se entiende por “contrato válido y vigente” a aquel que: (i) responde exactamente al modelo que la UGSP propuso a la UEC y respecto del cual ésta dio su no objeción formal o responde exactamente al modelo establecido por la UEC; (ii) no se encuentre vencido su plazo de vigencia; y (iii) se encuentra firmado por el Coordinador de la UGSP y el Responsable del Prestador.
- b) El pago responde a una factura del Prestador contratado en la que se detallen las prestaciones del Plan de Servicios de Salud que hayan sido brindadas a los beneficiarios del SPS contratante.
- c) Se cumplan con las demás condiciones establecidas en la cláusula 4.3.1. - Principios Generales- del presente documento.

El SPS contratante tendrá la facultad de acordar precios diferenciales con los prestadores de la otra jurisdicción. Dicho acuerdo deberá respetar las siguientes condiciones: i) El precio de las prestaciones será el mismo para todos los prestadores de la red provincial que sean contratados por el SPS de otra jurisdicción; ii) En ningún caso el precio acordado podrá superar el pagado por el SPS de la jurisdicción de la cual depende el prestador.

Los fondos recibidos por los prestadores contratados en el marco del Acuerdo Marco deberán ser utilizados por los mismos en cumplimiento a la política de uso de fondos definida por la máxima autoridad sanitaria de la jurisdicción de la cual depende el establecimiento de salud.



3.5. Cumplimiento del límite máximo del 50 % para gastos de prestadores públicos en incentivos al personal.

La UGSP deberá informar mensualmente a la UEC acerca del cumplimiento de cada prestador contratado sobre el límite establecido para la asignación de recursos recibidos en el marco del Proyecto para el pago de incentivos.

Dicha información deberá estar sujeta a las siguientes pautas:

Los informes deberán ser presentados a través del SIRGE.

En el caso en que se detecten incumplimientos la UEC procederá a efectuar los débitos que se establezcan.

La provincia Participante deberá instrumentar con los prestadores contratados un sistema de información que deberá estar disponible para ser verificada y auditada por la UEC y la Auditoría Concurrente Externa.

4. Planificación anual.

4.1. Plan Operativo Anual (POA).

Anualmente, la UEC procederá a preparar un Plan Operativo Anual (POA) en el que se describirán las actividades previstas para el siguiente año fiscal, sus correspondientes responsables, presupuesto y comentarios metodológicos pertinentes. El Primer POA abarcará un período irregular que cubrirá desde la fecha de inicio del Proyecto hasta el año fiscal en curso.

En dichos POA se incluirán de un modo agregado, los planes operativos anuales de la UEC y de las Provincias participantes en el que se incluirán algunos de los contenidos del Compromiso Anual que éstas, a través de sus UGSP, firmarán con la UEC.

El proceso de planificación comenzará con la conveniente antelación para efectuar las previsiones presupuestarias, disponer de las confirmaciones necesarias del MEyF al respecto y recibir los comentarios de los organismos involucrados y del Banco.

El POA anual será enviado al Banco para su No Objeción a más tardar el 30 de noviembre del año previo.

Las actividades de planificación específicas del Proyecto que realizan los diversos actores intervinientes dentro del proceso de planificación anual se enumeran en la siguiente tabla:

a) Ciclo de Preparación Compromiso Anual

M

EVENTO	UEC	UFI-S	BANCO	UGSP	Fecha límite tentativa
Comunicación de los lineamientos técnicos y presupuestarios a la UGSP	Anuncia a la UGSP las previsiones técnicas y presupuestarias para la preparación del Compromiso Anual				30 de septiembre
Negociación	Se inician los trabajos de preparación del Compromiso Anual revisando la propuesta de la UGSP, sugiriendo las rectificaciones pertinentes de corresponder.			Se negocian los términos del Compromiso Anual, rectificando las sugerencias propuestas por la UGSP	31 de octubre
Compromiso anual	Se firma el Compromiso Anual			Se firma el Compromiso Anual	30 de noviembre
Consolidación	Se consolidan los acuerdos firmados con los diversas UGSP para incluirlo en el POA del Proyecto				15 de diciembre
Solicitud de No objeción	Se solicita No Objeción al Banco				15 de diciembre
No Objeción			Evalúa los Compromisos Anuales y de corresponder otorga no objeción a los mismos.		30 de diciembre

b) Ciclo de Preparación POA

EVENTO	UEC	UFI-S	BANCO	UGSP	Fecha límite tentativa
Lineamientos del POA		Elaboración de lineamientos y normas generales para			31 de julio

EVENTO	UEC	UFI-S	BANCO	UGSP	Fecha límite tentativa
		la confección del POA			
Plan de adquisiciones y POA inicial	Se confecciona el POA Físico y a partir de ello se determinan los paquetes de adquisiciones necesarios para ejecutar el POA	Revisión del POA Físico y confección del plan de adquisiciones			31 de agosto
Proyecto de Presupuesto	Se define el Proyecto de presupuesto anual de acuerdo a los Techos comunicados por UFIS	Lineamientos Presupuestarios y Techos			15 de setiembre
Elaboración de Presupuesto		Se elabora y documenta formalmente el Presupuesto			30 de setiembre
Plan de adquisiciones y POA inicial	Se ajusta el plan anual de adquisiciones y el POA a techos presupuestarios	Revisión financiera del plan anual de adquisiciones y del POA			15 de noviembre.
Aprobación del POA			Evalúa el Plan anual de adquisiciones y el POA y si corresponde manifiesta la No Objeción		15 de enero ejercicio siguiente

c) Planificación y seguimiento

Al comienzo de la ejecución del Proyecto, y en base al PAD del mismo, la UEC en forma conjunta con la UFI-S, definirá el árbol de actividades que se cargará en el UEPEX.

Este árbol o apertura del Proyecto, tendrá relación con el Marco de Resultados y Monitoreo, se abrirá en componentes, subcomponentes, actividades, subactividades e insumos. A su vez, el Plan de cuentas a utilizar se define de la misma manera, de esta forma el Sistema habilita el registro contable y la carga de los Planes Operativos Anuales.

La UEC, además, define las necesidades de compra y contrataciones y las envía a la UFI-S para que la Coordinación de Adquisiciones y Contrataciones elabore el Plan de Adquisiciones y contrataciones (PAC), que se cargará en el SEPA, y está

relacionado con el UEPEX en cuanto a las actividades físicas programadas y los costos y tiempos de ejecución estimados,

En el momento de Planificación la UEC, y la UFI-S, trabajarán en forma conjunta para la determinación de las necesidades. Definidas las necesidades se elaborará el PAC y el POA financiero en forma coordinada entre la UEC y la UFIS.

Una vez realizados los procedimientos iniciales, con el comienzo de ejecución del Proyecto, comienza la etapa de seguimiento de las actividades planificadas y la evaluación de los resultados obtenidos.

El POA se realiza año calendario con cierres trimestrales.

4.2. Instrumentos de Planificación

El instrumento base de la Planificación, en cada ejercicio, es el Plan Operativo Anual Físico (POA-FÍSICO), en él se definen las actividades a concretar en el año, y los insumos necesarios para realizarlas, con el objeto de cumplir con los componentes y subcomponentes que son las metas fijadas para el período.

A las actividades se le deben asignar metas físicas de proceso y resultado, estimar el costo de los insumos a utilizar. Además estas actividades están relacionadas con el Plan de Adquisiciones y Contrataciones, que a su vez considera las caídas financieras en cada ejercicio, con lo cual se pueden programar los desembolsos, y necesidades económico- financieras, plasmadas en el POA Financiero.

El proceso de planificación para el primer borrador del POA debe comenzar con la conveniente antelación, en el transcurso del año previo, para efectuar las previsiones presupuestarias y trabajar este Presupuesto con Programas Nacionales intervinientes, la Secretaría de Coordinación, y el BIRF.

Los instrumentos de Planificación son: (i) POA (físico y financiero), (ii) Plan de Adquisiciones y Contrataciones (PAC) y (iii) Presupuesto Nacional aprobado (Crédito Presupuestario).

Para acceder al financiamiento correspondiente se seguirán los siguientes procedimientos:

Entre los meses de Julio y Agosto de cada año las UGSP presentarán a la UEC un Plan anual para el periodo inmediato posterior con una descripción de los requerimientos, consignando las acciones a ser realizadas durante el próximo periodo.

La UEC consolidará los requerimientos y necesidades, y elaborará el Plan Operativo Anual del Proyecto.

La UEC determina las necesidades presupuestarias para el próximo período, y con el soporte de la UFI-S elabora la información para el anteproyecto del presupuesto nacional que consolidará el SAF Jurisdiccional, y formará parte del Anteproyecto de Presupuesto del Ministerio de Salud de la Nación.

En el mes de Noviembre de cada año la UEC junto a la Coordinación de Monitoreo y Evaluación, armonizando con el resto de Coordinaciones de la Unidad, consolidará el Plan Operativo Anual y enviará la versión definitiva para la No Objeción del BIRF. El POA anual será enviado al BIRF para su No Objeción a más tardar el 15 de enero del año POA. El BIRF otorgará la NO dentro de los treinta días de su recepción.

Una vez emitida la Decisión Administrativa distributiva del Presupuesto Nacional aprobado para el Ejercicio en curso, y verificada la disponibilidad de créditos y recursos aprobados y su consistencia con el POA del Proyecto, se procederán a efectuar los ajustes y de ser necesario enviar la rectificación a N.O. del BIRF. El POA deberá contar, sin excepción, con el correspondiente respaldo presupuestario del GOA, la UFIS será la responsable de, permanentemente, estar monitoreando su consistencia y solicitar las acciones correctivas necesarias así como efectuar las alertas necesarias a la conducción del Proyecto.

5. Compromiso Anual.

La UEC y cada UGSP firmarán cada año un Compromiso Anual que contendrá al menos:

- Umbrales y metas máximas para las trazadoras medidas por el Proyecto.
- Plan de inscripción de población elegible.
- Plan de Servicios de Salud.
- Plan de mejora para el desempeño sanitario medido por trazadoras.
- Plan Estratégico de Asistencia Técnica y Capacitación.
- Plan Estratégico de Comunicación.
- Plan con Poblaciones Indígenas para aquellas provincias que activan la OP 4.10.
- Plan de Gestión de la información.
- Cronograma de presentación de Planes de Producción y Aplicación de Fondos por parte de los prestadores contratados.
- Cronograma de presentación de reportes técnicos sobre el estado de implementación de SPS.

Los Compromisos Anuales podrán ser modificados durante el año mediante la firma de addendas o enmiendas y en todos los casos deberán contar con la No Objeción del Banco para ser efectivos.

Las UGSP deberán presentar ante la UEC un reporte técnico semestral donde se evalúe el cumplimiento de las metas acordadas en el Compromiso Anual vigente.

RAM

5.1. Sobre el plan de inscripción.

El Plan de inscripción propuesto por la Provincia y que se incluye en el Compromiso Anual deberá contener beneficiarios por departamento y por mes, la cantidad inicial de beneficiarios y las previsiones de bajas y altas en cada una de ellos y la cantidad de beneficiarios resultantes. Asimismo, el detalle debe incluir un total de estos conceptos para toda la provincia y por mes.

5.2. Sobre el Plan de Servicios de Salud.

El Plan de Servicios de Salud es único para las Provincias participantes y contiene las prestaciones que pueden generar pagos desde la Cuenta del SPS. El mismo se rige por las Normativas y Guías de Atención elaboradas por el Ministerio de Salud de la Nación.

La utilización del subgrupo "Efactor Rural" es optativa para la Provincia Participante y solo se considerará "Efactor Rural" a aquellos que se encuentran en localidades inferiores a 2000 habitantes según el Censo 2001 publicado por el INDEC, o bien por los datos del Censo 2010 una vez publicados por dicho organismo

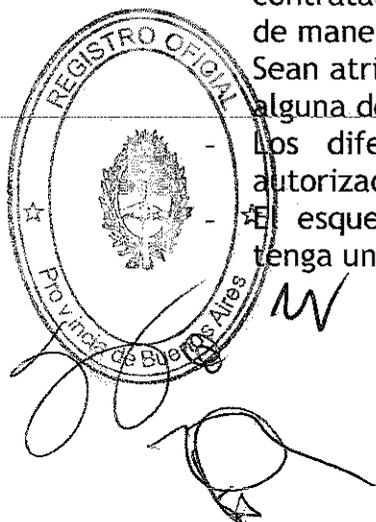
Los precios de las prestaciones que integran el Plan de Servicios de Salud serán definidos por cada provincia previa discusión técnica e información a la UEC y al Banco. Entrarán en vigencia al momento de la No Objeción del Banco respecto a cada uno de los precios propuestos por cada jurisdicción. El precio de las prestaciones del subgrupo "Efactor Rural" será el doble del precio establecido para las mismas prestaciones del subgrupo prestadores urbanos, a excepción de los precios de las prestaciones de transporte que serán iguales a los precios de dichas prestaciones para los prestadores urbanos. El precio de las prestaciones no incluidas dentro del subgrupo "Efactor Rural" del Plan de Servicios de Salud, será el mismo para prestadores urbanos y prestadores rurales.

La UGSP estará facultada a retribuir precios diferenciales en función del cumplimiento de determinados resultados o umbrales de calidad de la práctica brindada siempre que:

- Sean establecidos en relación a una prestación que integre el conjunto de prestaciones nombradas definidas por la UEC en acuerdo con el Banco que pueden retribuirse a precios diferenciales.
- Sean establecidos de manera uniforme respecto de todos los prestadores contratados y además sean notificados previamente a su implementación de manera explícita y formal a los mismos.

Sean atributos previstos en la matriz de calidad del Proyecto, vinculados a alguna de las prácticas que integran el Plan de Servicios de Salud.

- Los diferenciales de precios se encuentren dentro de los rangos autorizados por la UEC en acuerdo con el Banco.
- El esquema de pago por prestaciones ajustadas por calidad alcanzado tenga una duración mínima de un semestre.



La Provincia se encuentra facultada a definir los componentes o umbrales de calidad que determinan la liquidación y pago de los precios diferenciales. A los efectos de su implementación, deberá presentar a la UEC un proyecto que incluya las razones sanitarias que justifica la retribución adicional, el porcentaje a retribuirse, la política de fijación de metas, los mecanismos de auditoría, y el mecanismo de liquidación de los pagos adicionales, entre otros aspectos.

Así como los precios establecidos para cada una de las prestaciones del Plan de Servicios de Salud del Proyecto, los precios diferenciales que se determinen deberán encontrarse vigentes durante un plazo no inferior a los seis (6) meses contados a partir de su entrada en vigencia.

El ciclo anual propuesto para la revisión de los valores del Plan de Servicios de Salud es el siguiente:

- i) La Nación y la Provincia discutirán en el mes de noviembre de cada año, los resultados de la aplicación del Plan de Servicios de Salud en cada una de las Provincias, (prestaciones y el precio de las mismas) del año transcurrido.
- ii) En forma posterior a la discusión Nación - Provincia, ésta última enviará a la Nación una propuesta de modificación de aranceles o ratificará la existente.
- iii) Posteriormente, la UEC y el Banco discutirán los principales hallazgos encontrados sobre el Plan de Servicios de Salud.
- iv) La UEC, revisará en forma individual y por Provincia los precios propuestos de las prestaciones e informará su conformidad o no.
- v) Las propuestas individuales de precio del Plan de Servicios de Salud para cada Provincia participante, serán enviadas al Banco para su No objeción, a más tardar el 30/11 de cada año. Los precios del Plan de Servicios de Salud podrán reverse y modificarse durante la ejecución del Compromiso Anual, previo acuerdo de la Nación y la Provincia y la correspondiente No Objeción del Banco. El Plan de Servicios de Salud con los precios acordados tendrá una vigencia mínima de un semestre y su modificación requerirá una addenda al Compromiso Anual de gestión vigente.
- vi) Para el supuesto de que la Provincia acepte voluntariamente utilizar el subgrupo "Efactor Rural" deberá informarlo a la UEC por nota donde se acompañe el listado de prestadores que cumplen con la condición de ruralidad.

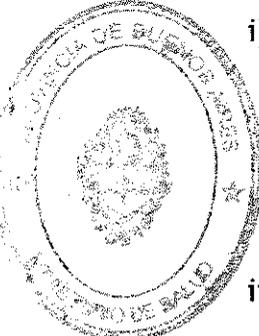
5.3. Sobre el Plan de mejora para el desempeño sanitario medido por trazadoras.

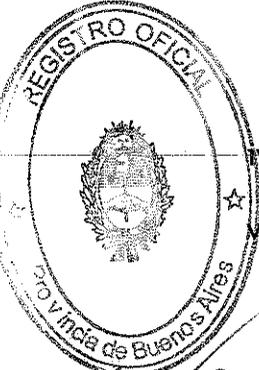
El Plan de Mejora de Trazadoras propuesto por la provincia y que se incluye en el Compromiso Anual deberá contener:

- Tendencia de cumplimiento de trazadoras en relación a resultados previos.
- Reconocimiento de problemáticas y dificultades provinciales para el cumplimiento de trazadoras.
- Proceso de Selección de Problemas Críticos de cumplimiento.
- Detalle de estrategias y acciones propuestas para alcanzar un mayor porcentaje de cobertura por trazadoras.
- Porcentajes crecientes de mejora esperados para cada trazadora comprometida, con detalle cuatrimestral.

5.4. Sobre el Plan Estratégico de Asistencia Técnica y Capacitación.

Para la conformación de los planes respectivos las Provincias deberán determinar los requerimientos en materia de Asistencia Técnica y Capacitación. Para ello la Provincia deberá evaluar sus necesidades en relación con el Proyecto y para acceder al financiamiento correspondiente se seguirán los siguientes procedimientos:

- 
- i) La Nación fijará en forma anual, y por cada Provincia participante, el monto máximo para cada uno de los elementos citados, el cual será comunicado a la misma con carácter previo. En el caso del Plan de Asistencia Técnica la Nación fijará el monto teniendo en cuenta la población elegible estimada para ese año y el número de establecimientos públicos inscriptos o potenciales para proveer servicios al SPS.
 - ii) Antes del 30 de Septiembre de cada año la UGSP presentará a la UEC un Plan con una descripción de los requerimientos por cada uno de los elementos mencionados, consignando las propuestas a ser realizadas durante ese año calendario.
 - iii) La UEC revisará cada Plan y podrá otorgar a los mismos no objeción total, parcial o no otorgarla. Para ello determinará en primer lugar que los montos solicitados por cada provincia y por cada elemento no superan los asignados por la UEC. Asimismo verificará la elegibilidad de los requerimientos solicitados, la que debe atenerse a las siguientes descripciones:
 - Asistencia Técnica: Los trabajos deberán orientarse a mejorar el desarrollo del programa en las provincias como así también a mejorar la capacidad de gestión de los MSP respectivos.
 - Capacitación: Su destino debe ser el recurso humano de salud o comunitario de la red de servicios públicos de salud de la provincia.

- 
- iv) ~~Luego de otorgada la no objeción parcial o total solo las propuestas aprobadas se incluirán en el Compromiso Anual del año siguiente.~~
 - v) Una vez aprobado el mismo, la provincia deberán enviar a la UEC la documentación requerida para la contratación de los consultores que brindarán la asistencia técnica acordada. Recibida la documentación, la
- M*

- UEC la enviará a la UFI-S para que ésta última comience el proceso de contratación.
- vi) Para la ejecución de las actividades de capacitación aprobadas para la Provincia, se podrá tener dos posibilidades de transferencias: a) reembolso a la Provincia por las actividades de capacitación desarrolladas después de que la revisión de los procesos de adquisiciones determine que éstos son correctos y b) pago directo a los proveedores de estas actividades a solicitud de la Provincia, una vez que los procesos de adquisiciones hayan sido verificados. La UFI-S revisará los procedimientos y efectuará el pago por cuenta y orden de la Provincia.
 - vii) Una o más provincias podrán unirse para solicitar un plan de capacitación conjunto y podrán, siempre que lo hagan en forma explícita, delegar la organización y ejecución del mismo a la UEC con apoyo de las autoridades técnicas del MSN.

5.5. Sobre el Plan Estratégico de Comunicación.

El plan estratégico de comunicación propuesto por la provincia y que se incluye en el Compromiso Anual deberá contener:

- Un diagnóstico de situación, en base al cual se construirá una matriz FODA para describir las fortalezas y debilidades comunicacionales.
- Objetivos y metas, trazado de lineamientos y actividades para cumplir en el tiempo preestablecido.
- Público objetivo o audiencias seleccionadas. Detección de los públicos a quienes estarán dirigidas las estrategias comunicacionales.
- Estrategias comunicacionales. Definición de temáticas, elección de estrategias de comunicación y canales para la difusión. Descripción de piezas con contenido o acciones de comunicación que se llevarán adelante.
- Cronograma del programa. Armado del calendario para la ejecución del Plan. Cada tarea será detallada con su respectivo responsable y costo estimativo.

5.6. Sobre el Plan con Poblaciones Indígenas.

En relación a las Provincias en las que se identifican población indígena bajo los términos de la OP- 4.10 del Banco Mundial y determinadas por el Estudio Preliminar del mismo, éstas deberán desarrollar el Plan con Pueblos Indígenas (PPI) de acuerdo al Marco de Planificación de Pueblos Indígenas (MPPI. Este PPI se incluirá en los compromisos anuales de dichas provincias, de acuerdo a lo establecido en el cronograma del MPPI.

W
S

5.7. Sobre el Plan de Gestión de la información.

Mediante el presente documento se buscará fortalecer los sistemas de monitoreo y evaluación de desempeño del programa. El plan de trabajo deberá contener el conjunto de análisis que serán realizados por la UGSP, los reportes que a partir de los mismos la Unidad generará, su frecuencia de envío, y destinatarios de los mismos.

5.8. Sobre los Planes de Producción y Aplicación de Fondos.

En el marco del Compromiso Anual se definirá el cronograma de presentación de Planes de Producción y Aplicación de Fondos por parte de los prestadores contratados. A través de dicha herramienta los establecimientos deberán estimar la producción prestacional, el nivel de ingresos a partir de la misma, y por .

6. Administración Financiera UEC.

6.1. Pagos a la UGSP: Ciclo de las Transferencias a las Cuentas del SPS.

En estos casos son de aplicación las normas y procedimientos establecidos en el Convenio Marco, el Reglamento Operativo y el Compromiso Anual, instrumentos estos que rigen la relación entre la Nación y las Provincias participantes al Proyecto.

Las transferencias se girarán mensualmente desde la cuenta del Proyecto a la Cuenta del SPS, entendiéndose esta como una cuenta *ad-hoc*, separada y protegida del resto de los movimientos presupuestarios y financieros del estado provincial. Para ello, dentro de los 10 primeros días de cada mes, cada provincia participante enviará a la UEC el padrón actualizado al último día del mes anterior, de acuerdo con las normas específicas del Reglamento Operativo. El padrón se remitirá en formato digital y en el formato previsto por la UEC. Acompañará al envío del padrón una liquidación en la que se detallarán las altas, bajas y modificaciones del padrón desde el último período informado. Esta liquidación recibe el tratamiento de una factura que, una vez conformada por la UEC, se considera de pago exigible por parte de la UEC a la UGSP. Las liquidaciones y los padrones deberán estar avalados con la firma del máximo responsable de la UGSP.

La UEC determina el monto a reconocer de la liquidación - factura en base a: i) el número de beneficiarios verificando el padrón enviado por la provincia, en especial verificando de que ninguna de las personas en el padrón posea cobertura explícita de salud; ii) nivel de cumplimiento de trazadoras en la provincia; iii) eventual aplicación de las sanciones previstas en el Convenio Marco.

La UEC indicará a la UFI-S la emisión de las eventuales sanciones a la liquidación y el monto a transferir resultante. La UFI-s procederá a efectivizar el pago dentro de los 30 días posteriores a la presentación de la factura.

Los fondos que se transfieran por este concepto solo podrán ser utilizados por la UGSP para el pago de los servicios contratados con los prestadores provinciales habilitados.

Los procedimientos de administración financiera previstos para las Transferencias a las cuentas del SPS se describen en el siguiente cuadro

EVENTO	UEC	UFI-S	UGSP
Documentación de padrones, solicitud de reembolsos y/o Nota de cumplimiento de trazadoras			Remite documentación de padrones de beneficiarios del SPS Se confeccionan y remiten las solicitudes de transferencia Se elabora y remite la nota de cumplimiento de metas de trazadoras y base digital nominada de respaldo
Recepción	Recepción de la documentación de la UGSP		
Control	Revisión y depuración de los padrones, control de las solicitudes de transferencia, control de cumplimiento de metas de trazadoras		
Aprobación	Se determinan las sanciones a efectuarse en la liquidación de cápitas y el monto a pagar por ese concepto o, si corresponde, se aprueban las solicitudes de transferencia Se autoriza la emisión de la Orden de Pago		
Emisión de la OP y el cheque		Emisión de la OP y del cheque	
Pago		Se efectiviza el pago a las cuentas del SPS que corresponda	

SM

EVENTO	UEC	UFI-S	UGSP
Contabilidad		Se registran los pagos con fondos de la cuenta operativa del Proyecto	Se registran el ingreso en las cuentas y las eventuales sanciones.

A los efectos de la interpretación del cuadro anterior se debe entender:

- La documentación de padrones de beneficiarios que la Provincia debe remitir mensualmente es la que se detalla en el punto 1 y es la que determina el cálculo de la Transferencia Capitada, según lo aquí establecido.
- Las solicitudes de reembolso, a excepción de los desembolsos para cápitass, se deben remitir en formulario especial (que al efecto remitirá la UFI-S) y debe contener en un anexo los legajos de los gastos efectuados, incluyendo: la copia del contrato, copia del documento que acredite el efectivo pago realizado por la Provincia y la Nota de recepción conforme de los trabajos por parte de la UGSP.
- Las notas de cumplimiento de trazadoras se remitirán cuatrimestralmente y servirán para que la UEC determine el monto a pagar en concepto de Transferencia Complementaria Cuatrimestral, de acuerdo con lo que establece el Convenio Marco

6.2. Pagos a la UGSP: Ciclo de los pagos por cuenta y orden de la Provincia

En los casos en que la Provincia determine, la UEC procederá a pagar por cuenta y orden de la Provincia a proveedores o consultores individuales por Otros gastos elegibles que hayan sido contratados por la Provincia siguiendo las normas de contratación del Reglamento Operativo. Para estos casos se seguirá el siguiente procedimiento:

EVENTO	UEC	UFI-S	UGSP
Preparación de documentación			Prepara el legajo de cada pago incluyendo copia de contrato, factura, nota de recepción conforme y nota de solicitud de pago con el número de la cuenta del proveedor. Remite legajos a la UEC
Recepción de documentación	Recepción de legajos		
Control	Revisión de los legajos		
Aprobación	Si corresponde se aprueban las facturas y autoriza la emisión de la Orden de Pago		

EVENTO	UEC	UFI-S	UGSP
Habilitación al pago		Revisión de los legajos y verificación de cumplimiento de los pasos de contratación aceptables y si corresponde se habilita al pago de la factura	
Emisión de la OP y el cheque		Emisión de la OP y del cheque	
Pago		Se efectiviza el pago	
Contabilidad		Se registran los pagos con fondos de la cuenta operativa del Proyecto	

7. Normas y procedimientos de supervisión y auditoría.

7.1. Supervisión y auditoría.

La Provincia participante deberá suministrar a la UEC toda la información necesaria para la supervisión y auditoría del Proyecto, en especial la que fuera necesaria para la medición de la evolución de los objetivos planteados (beneficiarios, trazadoras, prestadores contratados, prácticas brindadas a los beneficiarios, movimientos de la cuenta cápitas, uso de fondos por prestadores, entre otros) y de las condiciones sanitarias de la población bajo Proyecto.

7.2. Tipos de Auditoría.

Existirán auditorías internas y externas tanto en los niveles de la UEC como de la UGSP, las cuales serán de tres tipos:

- Auditorías financieras y de legalidad.
- Auditorías de padrones.
- Auditorías de cobertura prestacional.

7.3. Responsabilidades de las auditorías.

La Provincia participante deberá cumplir con las normas de auditoría que establezca la UEC y todas otras necesarias para que las erogaciones de las cuentas del SPS sean aplicadas eficazmente al logro de los objetivos del Proyecto. Del mismo modo, la UGSP deberá garantizar que funcionarios de la UEC o bien los auditores que ésta designe, puedan revisar libremente la documentación de la UGSP, de los prestadores que facturen, de otros proveedores de los componentes a nivel provincial, como así también entrevistar a los beneficiarios.

7.4. Procedimiento para la presentación de observaciones y comentarios a los informes elaborados por las auditorías.

Las provincias participantes podrán presentar observaciones y comentarios a los informes elaborados por la AEC y el Área de Auditoría y Supervisión de la UEC, conforme el siguiente procedimiento:

- a) La UEC enviará los Informes elaborados por la AEC y los elaborados por el Área de Auditoría y Supervisión de la UEC, a las casillas de correo electrónico de los Coordinadores Ejecutivos de las UGSP.
- b) Las UGSP podrán presentar observaciones y/o comentarios, dentro de los 20 días corridos de recibidos los Informes respectivos, debiendo remitir los mismos, vía correo electrónico al Responsable del Área de Auditoría y Supervisión de la UEC,
- c) La UEC dará curso inmediato a las observaciones y/o comentarios presentados y emitirá una respuesta a la UGSP.

7.5. Funciones de la UGSP a ser auditadas por la UEC.

Sin perjuicio de que la UEC proceda a auditar otras funcionalidades de la UGSP, a continuación se detalla un listado de las **funciones de la UGSP que serán auditadas por la UEC**, en forma directa y a través de la auditoría externa concurrente del proyecto:

1. Cumplimiento del Convenio Marco y del reglamento operativo por parte de las provincias y establecimientos participantes.
2. Cumplimiento de los aportes por co-financiamiento de las provincias participantes.
3. Facturación de prestadores contratados.
2. Pagos de la UGSP a los prestadores contratados.
3. Administración de las cuentas del SPS.
4. Gestión de padrones de beneficiarios y de prestadores públicos.
5. Gestión de bases de datos de prácticas brindadas a los beneficiarios y de información sanitaria para el cumplimiento de las trazadoras.
6. Aplicación de procesos de cruzamiento de padrones de beneficiarios con el PUCO.
7. Cumplimiento de los planes que integran el Compromiso Anual vigente.
8. Celebración y registro de Compromisos de Gestión con prestadores, y Convenios de Administración de Fondos con terceros administradores.
9. Medición de brechas de capacidades en los prestadores, terceros administradores, equipos de salud y otros agentes del SPS
10. Ejecución de planes de capacitación a los prestadores, terceros administradores, equipos de salud y otros agentes del SPS.
11. Ejecución de planes de asistencia técnica a nivel de prestadores, terceros administradores, equipos de salud y otros agentes del SPS.
12. Aplicación de normas de calidad y control de calidad de procesos del SPS.

13. Verificación del cumplimiento de normas de calidad de prestadores, terceros administradores, equipos de APS y otros agentes del SPS
14. Realización de encuestas de satisfacción de beneficiarios y terceros vinculados al SPS
15. Ejecución de planes de participación comunitaria para la implementación, ejecución y evaluación del SPS
16. Difusión de información sobre el SPS
17. Recepción y gestión de denuncias y reclamos de beneficiarios y terceros vinculados al SPS
18. Auditoría de cumplimiento de normas del compromiso de gestión y de los convenios de Administración de Fondos por parte de los prestadores del SPS y de los Terceros Administradores.
19. Elaboración de rendiciones de cuentas, generación de reportes de gestión y de cumplimiento de metas y otras obligaciones con la Nación.
20. Nivel de producción de servicios de salud.

7.6. Normas relacionadas con el sistema de reportes.

La UGSP deberá mantener informada a la UEC de todas las novedades relevantes referidas a la operación del SPS por medio de reportes periódicos. Existirán al menos los siguientes tipos de reportes: a) de padrones (de beneficiarios y de prestadores); b) de movimientos de las cuentas del SPS; c) de ejecución de actividades incluidas en Compromisos Anuales; d) de prestaciones brindadas a los beneficiarios del SPS, e) de pagos a prestadores contratados, f) de aplicación de fondos por parte de los prestadores, y g) de información sobre los indicadores del Proyecto.

7.7. Frecuencia y soporte de los reportes.

Los reportes se presentarán con la frecuencia que determine la UEC. Los mismos se entregarán en el formato que la UEC determine, y deberán ser suscriptos por funcionarios responsables de la UGSP.

7.8. Formato de los reportes.

La UEC definirá el formato de los diversos tipos de reportes e informará a la UGSP respecto de los mismos y cada vez que se considere oportuno o conveniente realizar cambios. Asimismo, la UEC tendrá la facultad de definir nuevos reportes en caso de considerarlo necesario.

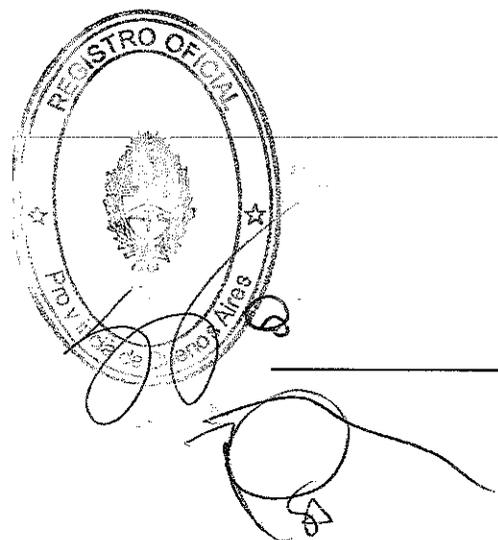
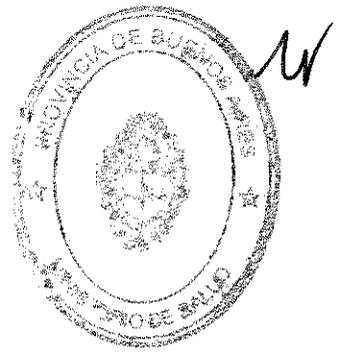
7.9. Certificación de gasto en salud.

Dentro de los 60 días corridos desde la terminación de un año fiscal, la Provincia deberá informar a la UEC el gasto de la Provincia presupuestado y ejecutado por todo concepto, debidamente certificado por el Contador General de la Provincia o autoridad equivalente.

SM

Reglamento Operativo

Anexo A



Inscripción de la Población Elegible.

1. Población Elegible

La Provincia podrá inscribir al Seguro Público Provincial de Salud (SPS) solamente a población elegible.

Inicialmente la población elegible del Proyecto será: i) niños de 6 a 9 años de edad; ii) adolescentes de 10 a 19 años de edad; y iii) mujeres de 20 a 64 años de edad inclusive; en todos los casos que no posean cobertura explícita de salud, y que cuenten con domicilio declarado en la provincia participante.

Una vez cerrado el Préstamo BIRF 7409 -AR el Proyecto incorporará como población elegible a la población materno infantil elegible para dicho préstamo.

Siendo uno de los objetivos generales del Proyecto incrementar la utilización y calidad de los servicios de salud priorizados para la población sin cobertura explícita de salud, se prevé que durante la vigencia del mismo, nuevos grupos poblacionales podrán ser incorporados a su población objetivo. La efectiva incorporación de nuevos grupos estará sujeta al acuerdo previo con el Banco.

2. Datos requeridos para la Inscripción.

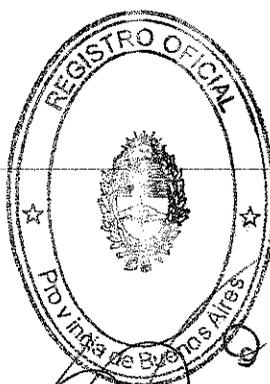
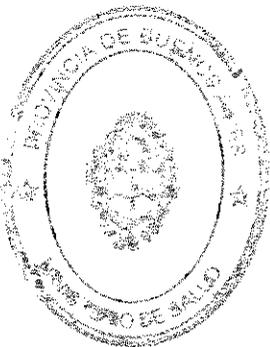
La inscripción es voluntaria. La población elegible deberá:

- Acreditar su número de DNI y, cuando sea factible, el CUIL.
- Proporcionar al agente inscriptor su nombre completo, relación parental con otros beneficiarios, edad, sexo y domicilio en la provincia participante, a fin de que éste complete el Formulario Digital de inscripción en el Sistema Informático provisto por la UEC
- En los casos que corresponda, la auto identificación como población indígena y como usuario de lengua originaria.

A los efectos de la acreditación del número de DNI, serán aceptables la presentación de dicho documento o bien otro instrumento probatorio legalmente válido (por ejemplo, los comprobantes de extravío o de haber iniciado el trámite de renovación o de duplicados).

En el caso de los recién nacidos, podrán inscribirse con el número de DNI de su familiar a cargo. Esta particularidad deberá quedar registrada y la inscripción tendrá una validez máxima de un año antes del cual deberá regularizarse la inscripción con la presentación del DNI del recién nacido. Una vez vencido el mencionado plazo, y no habiéndose regularizado la situación, la provincia no podrá seguir devengando la cápita.

La provincia podrá realizar campañas de identificación y nominación de la población objetivo previo al inicio del Proyecto. Al respecto se expresa que las personas inscriptas voluntariamente serán consideradas beneficiarias al SPS, y por consiguiente la provincia podrá devengar la cápita correspondiente, a partir de que se cumplan las siguientes condiciones: i) se encuentre vigente



el convenio de préstamo mediante el cual se financiará el Proyecto; ii) se haya suscripto el Convenio Marco entre la Nación y la Provincia iii) la Provincia haya dado cumplimiento a las condiciones de admisibilidad para acceder al financiamiento del Proyecto; iv) se haya suscripto el Compromiso Anual entre la Nación y la Provincia; v) la Provincia haya presentado el padrón de beneficiarios al SPS junto al padrón de la OSP y el mismo haya sido validado por la UEC.

3. Centros de inscripción.

La Provincia deberá arbitrar los medios para que el proceso de inscripción y la actualización de los datos de los beneficiarios se efectúen a través de una red de Agentes con una cobertura geográfica en todas las áreas de la provincia.

Los Agentes inscriptores completarán, a solicitud del interesado, el Formulario Digital de Inscripción en el sistema informático provisto por la UEC, utilizando su correspondiente instructivo, e instrumentando los medios necesarios para facilitar el acceso de la mayor cantidad de población elegible al SPS.

En el caso de que el sistema informático no se encuentre disponible al momento de la inscripción, los datos del mismo deberán ser volcados en una ficha papel cuya información deberá ser cargada en el Sistema Informático de Inscripción. Las provincias participantes definirán en éste último caso el circuito operativo mediante el cual se volcarán las inscripciones al sistema y lo comunicaran a la UEC.

Los agentes inscriptores deberán remitir mensualmente un archivo con los beneficiarios, mediante carga en plataforma de Internet o en el sistema informático provisto por la UEC, en soporte magnético, a la UGSP, la que deberá efectuar la carga de esos datos al Sistema informático de Inscripción.

Los prestadores que no cuenten con equipamiento informático, excepcionalmente podrán efectuar la inscripción de la población elegible en formularios en soporte papel, remitiendo mensualmente los mismos a la UGSP, la que deberá completar el Formulario Digital de inscripción en el sistema informático provisto por la UEC.

La Provincia, en su Compromiso Anual, deberá prever los requerimientos de capacitación previstos para los Agentes de Inscripción.

4. Padrón.

Se define como Padrón de beneficiarios del SPS a la nómina de población elegible inscrita, confeccionada por la UGSP.

4.1. Registro en el Padrón.

La Provincia Participante tiene la obligación del mantenimiento y de la

W

gestión del padrón de beneficiarios de acuerdo con las normas del Proyecto y utilización de la solución informática suministrada por la UEC, así como de la adopción de sus procedimientos administrativos.

Alternativamente, la Provincia podrá utilizar soluciones informáticas propias siempre que las mismas generen la información mínima y en el formato definido por la UEC.

La UGSP deberá efectuar las tareas de consolidación de las inscripciones recibidas en soporte magnético, electrónico y/o papel, y deberá tomar todas las medidas razonables de control que sean necesarias para garantizar que los datos consolidados de la inscripción no correspondan a personas con cobertura explícita de salud. Para ello deberá cotejar los datos de las inscripciones con el PUCO enviado por la UEC. Finalmente, la UGSP deberá conformar un Padrón de beneficiarios elegibles.

Las personas inscriptas al SPS podrán revestir dos categorías dentro del Padrón:

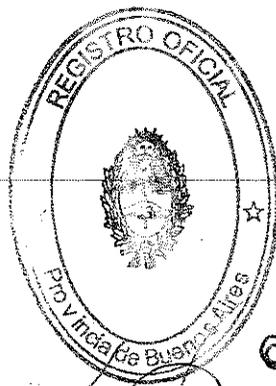
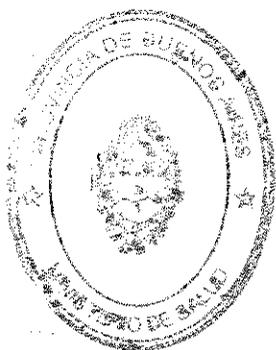
- **“Beneficiario con Cobertura Efectiva Básica”**: serán las personas inscriptas que hayan recibido al menos una prestación de salud en un intervalo de tiempo predeterminado, y por las cuales el SPS podrá devengar la cápita.
- **“Beneficiario sin Cobertura Efectiva Básica”**: integrarán esta categoría las personas inscriptas que no hayan recibido una prestación de salud en el intervalo de tiempo predeterminado, y por las cuales el SPS tendrá suspendido el derecho de devengamiento de la cápita del Proyecto.

El Padrón de beneficiarios deberá estar disponible en la UGSP y en los prestadores participantes del programa a los efectos de poder ser consultado por la población que lo solicite.

4.2. Depuración del Padrón.

La Provincia arbitrará los medios para cumplir con las siguientes funciones a los efectos de la depuración del padrón:

- a) Durante los primeros 10 días de cada mes, la UGSP remitirá al responsable del Área de Capitas de la UEC, el padrón de la Obra Social provincial actualizado al último día de cada mes.
- b) Depuración contra el PUCO: La UGSP deberá cotejar mensualmente su Padrón de Beneficiarios con el PUCO enviado por la UEC entre los días 15 y 25 de cada mes y en caso de detectar que una persona ya tiene otra cobertura, deberá darlo de baja del padrón inmediatamente. En particular dentro de los 10 primeros días de cada mes la UEC enviará a la UGSP una copia digitalizada del PUCO actualizado. Los cotejos de



Handwritten signatures and initials, including a large signature and the initials 'W' and 'SA'.

padrones se realizarán comparando los datos del padrón del SPS al último día hábil de cada mes con los datos del PUCO del mes inmediatamente anterior.

- c) Depuración automática: al menos una vez por mes se realizarán procesos que determinarán si algún beneficiario no cumple los requisitos para mantenerse dentro de la cobertura del SPS
- d) Depuración ocasional: al menos una vez por mes deberán darse de baja del padrón los beneficiarios difuntos, los que hayan solicitado la baja y todos aquellos por los que la UGSP detecte errores que los invaliden como beneficiarios.

Asimismo, la UGSP estará facultada para pedir a los prestadores toda la información que le permita certificar la veracidad de las inscripciones realizadas por los mismos.

En el marco del Convenio que se suscribirá entre el MSP, el SPS y el Registro Civil Provincial (el cual forma parte de las condiciones de admisibilidad), se preverán cruces mensuales entre los padrones del Seguro y del Registro Civil que permitirán a la UGSP depurar su padrón de beneficiarios.

A los efectos de la depuración del Padrón, la UEC realizará las siguientes acciones:

- a) Enviará a la UGSP, dentro de los 10 primeros días de cada mes, una copia digitalizada del PUCO actualizado.
- b) Realizará cruces cuatrimestrales de los padrones de beneficiarios de los SPS con la base del SINTYS a los efectos de identificar los beneficiarios difuntos y proceder a su depuración.
- c) Efectuará los ajustes de depuración según lo indicado por la Auditoría Externa Concurrente del Proyecto

Asimismo, la UEC y la Auditoría Externa Concurrente estarán facultados para concurrir a la Provincia y en base al padrón de beneficiarios del SPS, requerir todo aquella información que permita verificar en terreno la veracidad de la información enviada por la provincia, incluyendo visitas en terreno a hogares.

La información de las personas dadas de baja del Padrón se conservará en un archivo de registros históricos.

4.3. Acceso al Padrón de Beneficiarios y al PUCO.

Los Prestadores contratados por los SPS deberán estar en condiciones de verificar el padrón de beneficiarios a los efectos de poder identificar a los mismos. Para ello la UGSP deberá arbitrar los mecanismos para que los prestadores contratados tengan acceso al Padrón de Beneficiarios actualizado y al PUCO.

A tal fin, ambos padrones deberán estar disponibles a través del Sistema Informático de Inscripción on-line.

S/W

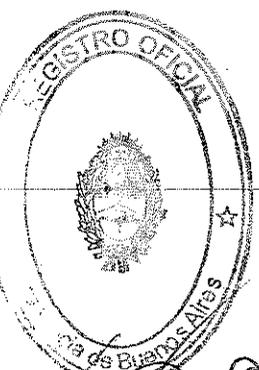
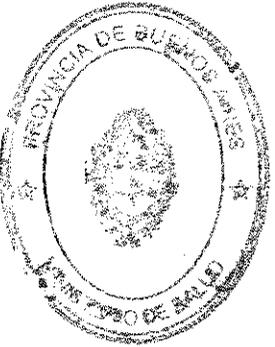
En la Historia Clínica del beneficiario deberá dejarse constancia de su inscripción al SPS.

5. Beneficiarios inscriptos en más de una jurisdicción.

En el caso en que la inscripción de una persona sea rechazada por la UEC por encontrarse previamente inscrita al SPS de otra provincia, la jurisdicción que sufre el rechazo contará con un plazo de 60 días corridos para presentar ante la UEC copia del DNI de dicha persona o constancia de domicilio emitida por autoridad competente, que acredite que el beneficiario en cuestión se encuentra actualmente domiciliado en su jurisdicción. El plazo de 60 días se inicia a partir del día siguiente al de la notificación por parte de la UEC del rechazo de la inscripción.

Si la provincia que sufre el rechazo acompaña copia del DNI o constancia de domicilio emitida por autoridad competente dentro del plazo establecido, el beneficiario será dado de baja del SPS donde se encontraba previamente inscripto y dado de alta en el SPS de la provincia que acreditó que el beneficiario se encuentra actualmente domiciliado en su jurisdicción. Tanto el alta como la baja se realizarán en forma retroactiva a la fecha de la inscripción efectuada por la provincia que acreditó domicilio.

M

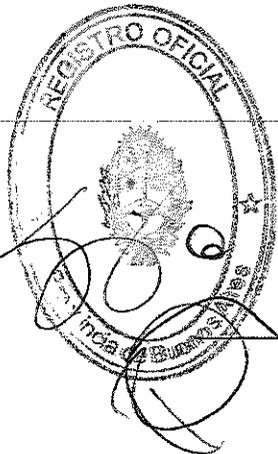
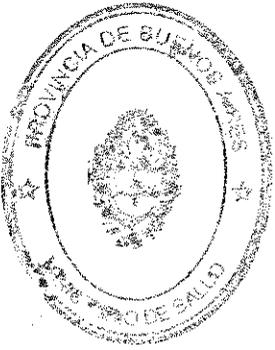


Handwritten signature and initials, including a large 'A' at the bottom right.

Reglamento Operativo

Anexo B

W



W

Transferencias por Cobertura Efectiva Básica.

1. Definición.

Se denominará “Beneficiario con Cobertura Efectiva Básica” a la persona inscripta al SPS que haya recibido al menos una prestación de salud en un intervalo de tiempo predeterminado por el programa.

El beneficiario del SPS que no haya recibido una prestación dentro del intervalo de tiempo citado será denominado “Beneficiario sin Cobertura Efectiva Básica”.

El SPS podrá devengar la cápita de los beneficiarios que revistan la condición “Beneficiario con Cobertura Efectiva Básica”.

2. Intervalo de tiempo.

A fin de ser considerado “Beneficiario con Cobertura Efectiva Básica”, la persona inscripta al SPS deberá recibir al menos una prestación de salud elegible dentro de un intervalo de tiempo de 12 meses.

3. Renovación del intervalo de tiempo.

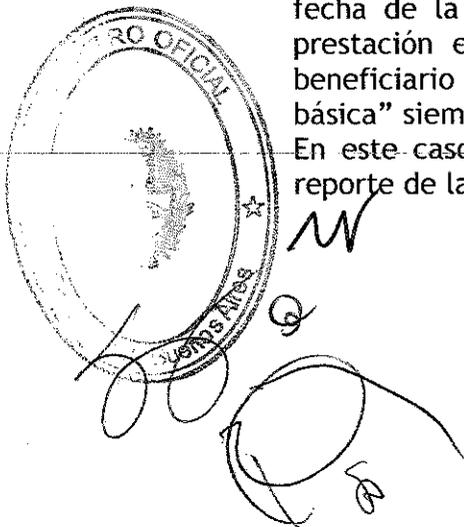
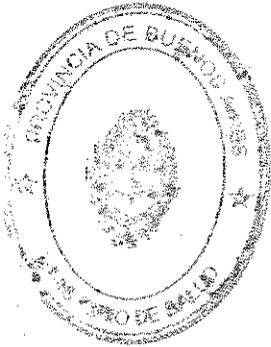
Cada prestación de salud elegible reportada desde la UGSP a la UEC renovará el intervalo de tiempo de 12 meses por el cual el beneficiario mantendrá la condición de “beneficiario con cobertura efectiva básica”, contados a partir del momento en que la prestación fue brindada.

4. Plazo adicional para el reporte.

A partir del vencimiento del intervalo de tiempo en que el beneficiario debe recibir al menos una prestación de salud (12 meses), el SPS contará con un plazo adicional de cuatro (4) meses para reportar la misma. Durante ese período adicional el SPS no devengará la cápita correspondiente a dicho beneficiario.

5. Primera Inscripción al SPS.

La persona que sea inscripta por primera vez al SPS revestirá la condición de “Beneficiario con Cobertura Efectiva Básica” por 8 meses contados desde la fecha de la inscripción, no requiriéndose en este caso el reporte de una prestación elegible brindada al mismo. Vencido el plazo de 8 meses, el beneficiario mantendrá la condición de “beneficiario con cobertura efectiva básica” siempre que el SPS reporte a la UEC una prestación de salud elegible. En este caso el SPS no contará con el plazo adicional de 4 meses para el reporte de la misma.



La regla general enunciada en el párrafo anterior no será de aplicación para los niños inscritos al SMIP pertenecientes al grupo poblacional “niños de 0 a 5 años” quienes a partir de su incorporación al Proyecto (Enero 2013), adquirirán la condición de “beneficiario con cobertura efectiva básica” siempre que hayan recibido (y la UGSP reportado a la UEC) al menos una prestación elegible en los últimos 8 meses contados a partir de su inscripción al Seguro Materno Infantil Provincial. En virtud de lo expresado, a continuación se acompaña el detalle de las fechas límite para el reporte prestacional:

Fecha de Inscripción al SMIP	Fecha límite para el reporte prestacional	Antigüedad de la prestación
Dic-12	Jul-13	Antigüedad no mayor a 8 meses
Nov-12	Jun-13	
Oct-12	May-13	
Sep-12	Abr-13	
Ago-12	Mar-13	
Jul-12	Feb-13	
Jun-12	Ene-13	
May-12		
Abr-12		
Mar-12		
Feb-12		
Ene-12		
Dic-12 o anterior		

Los niños pertenecientes al grupo poblacional “niños de 0 a 5 años” que se inscriban por primera vez al SPS a partir de enero de 2013 les será de aplicación la regla general descrita en el presente documento.

6. Altas y bajas del Padrón.

En el caso en que una persona sea dada de baja como beneficiario del SPS por cualquiera de las causas contempladas en las normas del programa y posteriormente sea nuevamente dada de alta, la misma podrá volver a revestir la categoría de “beneficiarios con cobertura efectiva básica” sólo a partir del momento en que reciba una nueva prestación elegible, y la misma sea reportada en los plazos y condiciones definidas por las normas del programa.

7. Elegibilidad de la prestación.

Las prestaciones que permitirán que un beneficiario mantenga la condición de “beneficiario con cobertura efectiva básica” son las que a continuación se definen para cada grupo poblacional:

- Niños/as 0 a 5 años: Control de salud.

SM

- Niños/as de 6 a 9 años: Control de salud.
- Adolescentes de 10 a 19 años: Al menos una de las siguientes: Control de salud / odontológico / oftalmológico / ginecológico, Inmunizaciones, Prácticas y/o Consejería.
- Mujeres de 20 a 64 años: Al menos una de las siguientes: Control de salud, Control ginecológico, PAP y/o Mamografía.

A partir del 1 de enero de 2013 los controles prenatales se agregarán al listado de prestaciones que permiten mantener la cobertura efectiva básica en adolescentes y mujeres de 20 a 64 años.

A los efectos de su elegibilidad, la prestación de salud deberá reunir los siguientes atributos: i) ser una de las prestaciones elegibles para el grupo poblacional al que pertenezca el beneficiario, i) haber sido aprobada por el SPS para su pago de conformidad a las normas del programa; iii) haber sido reportada por la UGSP a la UEC dentro del plazo de ocho (8) meses computados a partir de la fecha en que la misma fue brindada al beneficiario.

El plazo definido en el apartado iii) del párrafo anterior respecto a la validez de la prestación reportada, fue definido tomando como referencia los seis (6) meses establecidos por la norma general del programa como plazo máximo de antigüedad de las prestaciones elegibles, y el plazo de 50 días definido como límite para el pago a los efectores contratados por el SPS.

8. Modalidad del reporte.

A fin de facilitar el reporte de las prestaciones brindadas a los beneficiarios del SPS, el Sistema de Gestión de Padrones incorporará un nuevo campo denominado “última prestación elegible brindada” y se nutrirá de las bases de información prestacional generadas por los Sistemas Provinciales de Liquidación de Prestaciones (Facturación).

9. Auditoría prestacional.

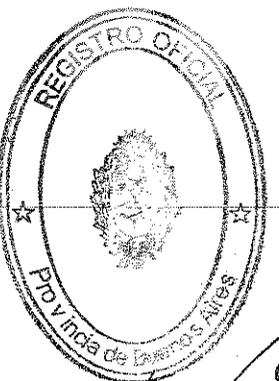
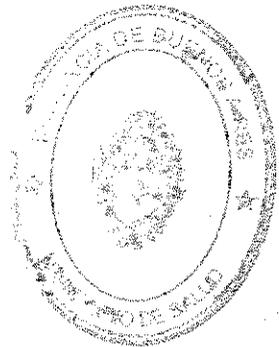
Las prestaciones de salud reportadas por el SPS serán objeto de auditoría en terreno por parte de la Auditoría Externa Concurrente, y de las Áreas Médica de la UEC y de las UGSP.

10. Sanciones.

i) Suspensión del devengamiento de la transferencia capitada.

Vencido el intervalo de tiempo para que el beneficiario reciba una prestación elegible la persona inscripta al SPS pasará de la categoría “beneficiario con cobertura efectiva básica” a la categoría “beneficiario sin cobertura efectiva básica”, y la UEC procederá a la suspensión del devengamiento de la cápita.

ii) Débitos y multas.



[Handwritten signature and initials]

En los casos en que una prestación reportada por el SPS no sea validada por la auditoría médica en terreno, y la misma haya generado transferencias capitadas al SPS, la UEC aplicará un **débito** proporcional a los meses en que se haya transferido indebidamente la cápita a la provincia, más una **multa** del 10% calculada sobre el monto debitado. No habiendo sido validada la prestación, y no existiendo otra prestación que permita que la persona mantenga la condición de “beneficiario con cobertura efectiva básica”, la misma pasará a revestir la condición de “beneficiario sin cobertura efectiva básica” de manera retroactiva al mes siguiente al vencimiento del intervalo de tiempo establecido por el programa.

iii) Tabla de Sanciones.

Incumplimiento	Débito	Multa	Suspensión del devengamiento
i) Prestación no registrada o registrada de manera incompleta en la Historia Clínica	X	X	X
ii) Vencimiento del plazo de 8 o 12 meses para brindar una prestación elegible			X

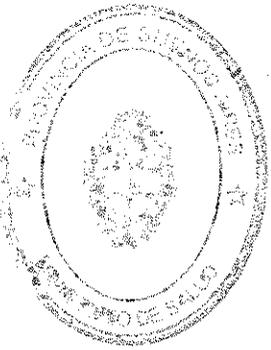
11. Levantamiento de la suspensión del devengamiento de la capita.

La misma se producirá en el mes en que el SPS reporte a la UEC una nueva prestación elegible brindada al beneficiario. En los casos en que la prestación sea reportada dentro del plazo de 4 meses posteriores al vencimiento del intervalo de tiempo (12 meses), la UGSP devengará y la UEC transferirá la cápita en forma retroactiva al mes en que se produjo la suspensión del devengamiento. Por el contrario, si la prestación fuera reportada con posterioridad a los 4 meses referidos, la provincia podrá devengar la cápita sólo a partir del mes en que la misma fue informada a la UEC.

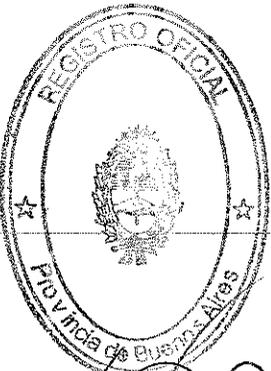
SPW

Reglamento Operativo

Anexo C



W



[Handwritten signature]

Procedimiento Operativo para acceder a las Transferencias Capitadas.

1. Procedimiento para acceder a la Transferencia Mensual Base.

La UGSP debe enviar a la UEC, dentro de los 10 primeros días de cada mes al Área de Cápitas:

- a) Cuatro copias del Formulario de Liquidación y Solicitud de Transferencia capitada con carácter de declaración jurada, de acuerdo al formato aprobado por la UEC.
- b) Cinco copias en soporte óptico de: i) el padrón de beneficiarios a la fecha del último día del mes anterior y ii) el padrón actualizado de la Obra Social Provincial. Estas copias serán remitidas a la UEC en cinco sobres cerrados debidamente precintados y firmados por el máximo responsable de la UGSP y dejando constancia en el anverso del nombre de los firmantes y la fecha. La UEC abrirá uno de los cinco sobres para efectuar sus controles correspondientes, remitirá uno a la Auditoría Concurrente del Proyecto, otro al Área de Auditoría y Supervisión y el quinto lo conservará cerrado para ser usado como contraprueba en casos de controversias.
- c) Tabla de Prestadores, de acuerdo a formato aprobado por la UEC, con carácter de declaración jurada.
- d) Reportes sobre: a) prestaciones brindadas a los beneficiarios del SPS, b) pagos a prestadores contratados, y c) aplicación de fondos por parte de los prestadores. Los reportes referidos deberán ser enviados a través del Sistema Integral de Reporte de Gestión de los SPS (SIRGE). Durante la ejecución del Proyecto la UEC podrá definir nuevos reportes a ser presentados por las provincias participantes.

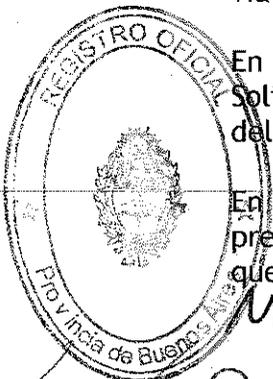
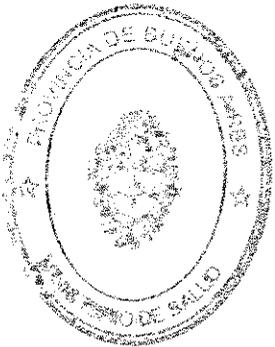
Asimismo, deben en idéntico plazo, la UGSP deberá enviar al Área de Auditoría y Supervisión:

- a) Una rendición de los gastos efectuados desde la Cuenta Cápitas durante el mes anterior, tanto en medio magnético u óptico.
- b) Último extracto bancario de la Cuenta Cápitas provincial del SPS. El extracto no podrá tener una antigüedad mayor a dos meses.

Asimismo, la UGSP deberá habilitar a la UEC una clave bancaria de home banking que permita observar los movimientos bancarios de la Cuenta Cápitas vía web.

En el caso de que la declaración jurada con el Formulario de Liquidación y Solicitud de Transferencia Capitada sea presentada con posterioridad al día 10 del mes la transferencia efectiva de los fondos se realizará al mes siguiente.

En el caso de que el padrón actualizado de la Obra Social Provincial sea presentado con posterioridad al día 10 del mes, se aplica la misma penalidad que para la declaración jurada.



La fecha límite de entrega del Formulario de Solicitud de Transferencia Capitada con carácter de declaración jurada opera a los 30 días siguientes del primer vencimiento. La falta de entrega habiéndose cumplido la fecha límite señalada será considerada una irregularidad grave y dará lugar a las medidas sancionatorias tipificadas que la UEC disponga, a no ser que la Provincia declare explícitamente que se abstiene de enviar el citado Formulario para el período correspondiente. La reiteración por más de tres períodos de la abstención por parte de la Provincia podrá resultar en la denuncia del Convenio Marco.

La fecha límite de entrega del padrón actualizado de la Obra Social Provincial opera el día 20 de cada mes. La falta de entrega del padrón habiéndose cumplido la fecha límite señalada, será considerada una irregularidad grave y podrá dar lugar a las medidas cautelares y/o sancionatorias previstas por el Proyecto.

2. Procedimiento para acceder a la Transferencia Complementaria Cuatrimestral.

La UGSP debe enviar a la UEC, dentro de los 60 días posteriores al cierre de cada cuatrimestre al área de Cápitas:

- a) Cuatro copias de la Declaración Jurada sobre cumplimiento de metas de trazadoras, de acuerdo al formato aprobado por la UEC.
- b) Cinco copias en soporte óptico (CD) con los casos nominalizados de la población elegible para el cumplimiento de cada una de las trazadoras (El formato de los registros será dado por la UEC). Cada copia debe estar firmada con tinta indeleble por el máximo responsable de la UGSP o el responsable del área de operaciones, consignando nombre y apellido del firmante y período al que pertenece. Las copias deberán ser remitidas en sobres cerrados y firmados por el máximo responsable de la UGSP, de tal manera que la firma abarque ambos lados del cierre. La UEC abrirá uno de los cinco sobres para efectuar sus controles correspondientes, remitirá uno a la Auditoría Concurrente del Proyecto, otro al Área de Auditoría y Supervisión y el quinto lo conservará cerrado para ser usado como contraprueba en casos de controversias.

En el caso de que la declaración jurada sea presentada con posterioridad a los 30 días del final del cuatrimestre la transferencia efectiva de los fondos se realizará junto con la transferencia del mes siguiente a la efectiva presentación.

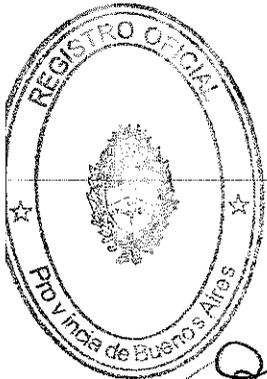
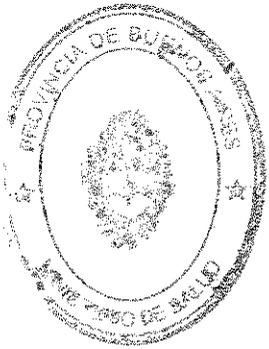
La fecha límite de entrega de la declaración jurada opera a los 30 días siguientes del primer vencimiento.

La falta de entrega habiéndose cumplido la fecha límite señalada será considerada una irregularidad grave y dará lugar a las medidas sancionatorias tipificadas que la UEC disponga, a no ser que la Provincia declare

ES

explícitamente que se abstiene de enviar el citado Formulario para el período correspondiente. La reiteración por más de tres períodos de la abstención por parte de la Provincia podrá resultar en la denuncia del Convenio Marco.

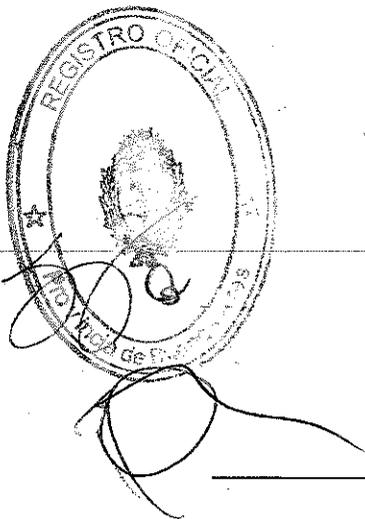
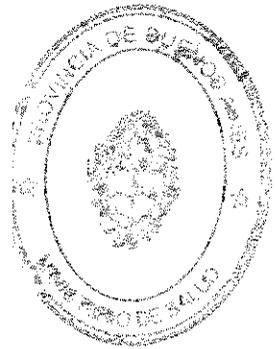
W



[Handwritten signature]

Reglamento Operativo

Anexo D



8

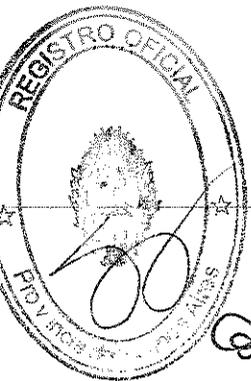
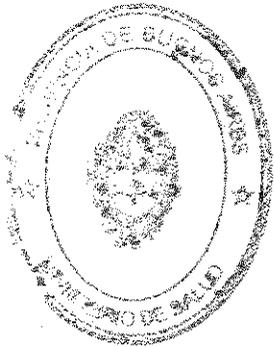
Co-financiamiento de las Transferencias Capitadas.

El co-financiamiento de las Transferencias Capitadas que realicen las provincias participantes del Proyecto se efectuará de acuerdo a las siguientes disposiciones:

- La UEC girará las transferencias capitadas (Mensuales Base y Complementarias Cuatrimestrales), calculadas al porcentaje del monto per cápita base a cargo de la Nación.
- Encontrándose acreditada en la cuenta SPS la transferencia capitada realizada por la UEC, la Provincia Participante contará con un plazo máximo de treinta (30) días corridos para transferir o depositar en la misma, el porcentaje restante del monto per cápita transferido. El plazo para el cumplimiento de ésta obligación se iniciará el día siguiente al de acreditación en la cuenta Cápitas del SPS de la transferencia capitada realizada por la UEC.
- A fin de acreditar la transferencia o el depósito de los fondos provinciales en la cuenta SPS correspondientes al porcentaje del monto per cápita base a cargo de la Provincia, ésta deberá informar el mismo vía correo electrónico al Área de Auditoría y Supervisión de la UEC, adjuntando copia del comprobante de depósito o del resumen bancario. Se tomará como fecha cierta de depósito la que conste en el comprobante de depósito, de transferencia o resumen bancario de la cuenta.
- Si la Provincia no realiza la transferencia o el depósito dentro del plazo máximo establecido, la UEC aplicará una multa diaria por mora de 0,01% calculada sobre el monto pendiente de transferencia o de depósito por parte de la provincia.
- La UEC suspenderá las transferencias que correspondan al componente objeto de cofinanciamiento, en el caso que la Provincia no efectúe la transferencia o el depósito de los fondos correspondientes, dentro del plazo de cuarenta y cinco (45) días corridos desde que se encontraba acreditada la transferencia capitada realizada por la UEC. El presente plazo se iniciará el día siguiente al de acreditación en la cuenta SPS de la transferencia capitada realizada por la UEC.

En el marco de la ejecución del co-financiamiento del Proyecto, la comunicación entre las áreas que intervienen en el mismo se realizará de acuerdo al siguiente procedimiento:

UEC - Área Cápitas: Realiza la liquidación, determina el monto a ser transferido por la UEC y el monto que deberá depositar la Provincia en concepto de co-financiamiento. Informa los mismos a las áreas de Administración y Auditoría y Supervisión, y a los Coordinadores Ejecutivos de las UGSP, vía correo electrónico.



Handwritten signatures and initials, including a large stylized signature and the letters 'W' and 'A'.

UEC - Área de Administración: Confecciona las órdenes de pago y las remite a la UFIS a fin de que efectúe las transferencias a las provincias. Informa al área Auditoría y Supervisión las fechas de emisión de las órdenes de pago.

UFIS: Efectúa las transferencias correspondientes e informa a las áreas Administración y Auditoría y Supervisión la fecha e importe de las mismas.

UGSP: Una vez efectivizado el depósito correspondiente al co-financiamiento, informa vía correo electrónico al área de Auditoría y Supervisión, adjuntando archivo con copia del comprobante de depósito o del resumen bancario donde consta el mismo.

UEC - Área Auditoría y Supervisión: Registra y procesa la información, y comunica la misma al área de Administración.

En caso de existir morosidad calcula la multa correspondiente, y la informa a las áreas Cápitas y Administración de la UEC.

En caso de que la provincia no informe el depósito dentro de los 45 días de realizada la transferencia de Nación, solicita la suspensión de las transferencias capitadas a las áreas de Cápitas y Administración de la UEC, y comunica a la Provincia la suspensión por Nota en formato pdf, vía correo electrónico.

De presentarse éste último supuesto, una vez que la provincia efectúe el depósito adeudado y remita el comprobante del mismo al área Auditoría Y Supervisión, esta solicita a las áreas Cápitas y Administración el levantamiento de la sanción aplicada y la liberación de las transferencias, y comunica a la Provincia el levantamiento de la suspensión por Nota en formato pdf, vía correo electrónico.

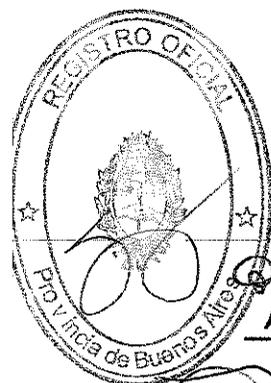
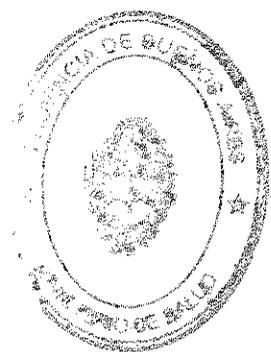
UEC - Área Cápitas: De producirse el supuesto de mora por parte de la provincia, aplica las multas correspondientes en la liquidación del mes siguiente.

Todas las comunicaciones entre las distintas áreas del UEC se realizarán por medio de Memorando Interno con la firma del responsable del área correspondiente.

→ M

APENDICE B

Plan de Servicios de Salud

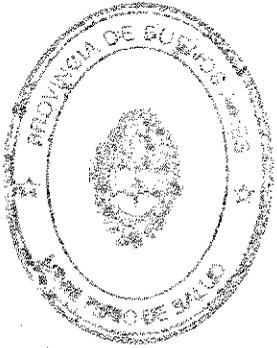


INDICE

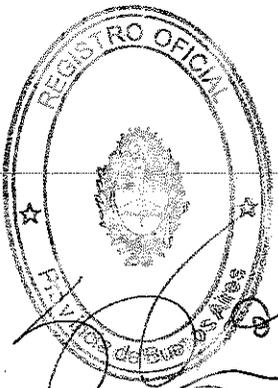
1	Vigencia
2	Servicios de Salud - Grupo Niños 6 a 9 años
3	Servicios de Salud - Grupo Adolescentes 10 a 19 años
4	Servicios de Salud - Grupo Mujeres 20 a 64 años
5	Servicios de Salud - Grupo Embarazo, Puerperio y Parto
6	Servicios de Salud - Grupo Neonato
7	Servicios de Salud - Grupo Niños 0 a 6 años
8	Servicios de Salud - Cardiopatías Congénitas
9	Servicios de Salud- Perinatología de Alta Complejidad- Embarazo
10	Servicios de Salud- Perinatología de Alta Complejidad- Neonatología

339

M



42



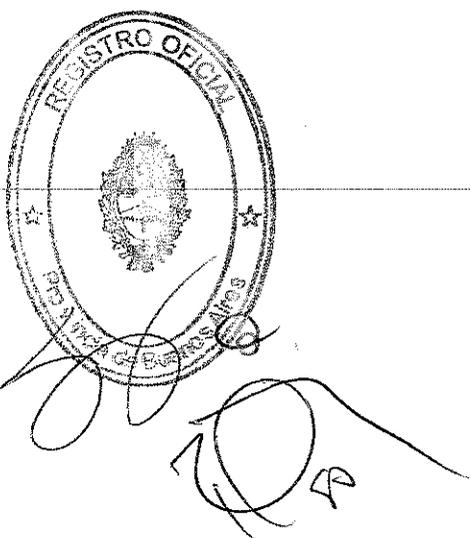
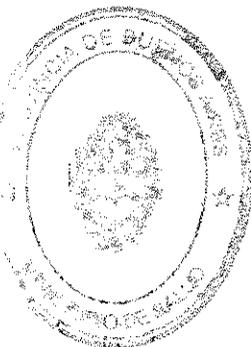
A partir de la efectividad del Convenio de Préstamo BIRF N° 8602 entrarán en vigencia los servicios de salud que a continuación se detallan:

- Servicios de Salud - Grupo Niños 6 a 9 años
- Servicios de Salud - Grupo Adolescentes 10 a 19 años
- Servicios de Salud - Grupo Mujeres 20 a 64 años

A partir del cierre del Préstamo BIRF N° 7409, los servicios de salud que a continuación se describan tendrán financiamiento a través del Préstamo BIRF N° 8602:

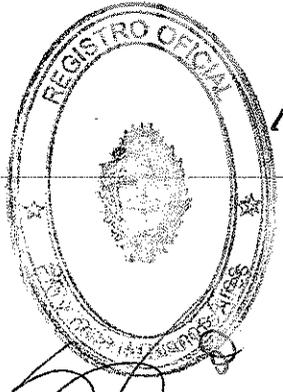
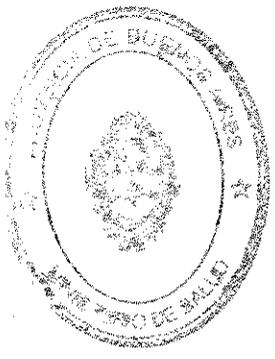
- Servicios de Salud - Grupo Embarazo, Puerperio y Parto
- Servicios de Salud - Grupo Neonato
- Servicios de Salud - Grupo Niños 0 a 6 años
- Servicios de Salud - Cirugías de Cardiopatías Congénitas
- Servicios de Salud- Perinatología de Alta Complejidad- Neonatología

W



Grupo niños 6 a 9 años

NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO	
CONTROL EN SALUD	CONSULTA	Control en Niños de 6 a 9 años	CT C001	A97
		Control de salud individual para población indígena en terreno	CT C009	A97
		Control Odontológico	CT C010	A97
		Control Oftalmológico	CT C011	A97
MEDICINA PREVENTIVA - PROMOCIÓN DE LA SALUD	TALLER	Pautas nutricionales respetando cultura alimentaria de comunidades indígenas.	TA T004	A98
		Prevención de accidentes domésticos.	TA T006	A98
		Promoción de hábitos saludables: salud bucal, educación alimentaria, pautas de higiene.	TA T011	A98
	RONDA	Ronda Sanitaria orientada a detección de población de riesgo en área rural	RO X001	A98
		Ronda Sanitaria orientada a detección de población de riesgo en población indígena	RO X002	A98
	CAPTACIÓN	Búsqueda activa de niños con abandono de controles	CA W003	A98
		Consulta para confirmación diagnóstico en Población Indígena con riesgo detectado en terreno.	CA W006	Ver Matriz IV-Diagnóstica
		Dosis aplicada de dTap Triple Acelular (Actualización esquema en niños mayores 7 años)	IM V008	A98



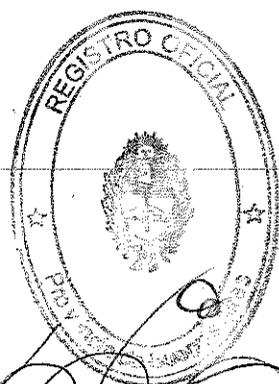
M

Handwritten signatures and initials in black ink.

Grupo niños 6 a 9 años

NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO	
	INMUNIZACIÓN	Dosis aplicada de inmunización anti hepatitis B (Actualización esquema)	IM V009	A98
		Dosis aplicada de Sabin Oral (Actualización esquema)	IM V002	A98
		Dosis aplicada de Triple Viral (Actualización Esquema)	IM V001	A98
		Dosis aplicada de Vacuna Antigripal en personas con factores de riesgo.	IM V013	A98
MEDICINA PREVENTIVA - PROMOCIÓN DE LA SALUD	PRÁCTICA	Barniz fluorado de surcos	PR P025	A98
		Sellado de surcos	PR P024	A98
DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	CONSULTA	Anemia leve y moderada	CT C001 CT C002	B80 B80
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	CONSULTA	Asma bronquial (consulta inicial)	CT C001	R96
		Asma bronquial (seguimiento)	CT C002	R96
		Asma bronquial (urgencia)	CT C012	R96

W

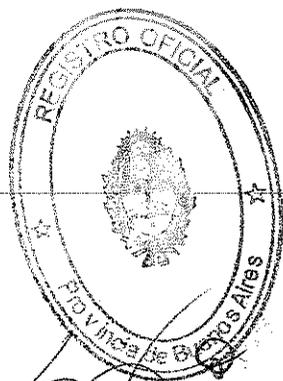


Handwritten signature and initials in black ink, including a large 'A' at the bottom right.

Grupo niños 6 a 9 años

NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO	
NEOPLASIAS MALIGNAS	CONSULTA	Diagnóstica y de seguimiento de Leucemia	CT C001 CT C002	B73 B73
		Diagnóstica y de seguimiento de Linfoma	CT C001 CT C002	B72 B72
TRASTORNOS ENDOCRINOS Y METABOLICOS	CONSULTA	Obesidad (consulta inicial)	CT C001	T79;T 82
		Obesidad (seguimiento)	CT C002	T79;T 82
		Sobrepeso	CT C001 CT C002	T83 T83
Con referencia a nosologías contempladas en este grupo etario	PRÁCTICA	Ver en Matriz de codificación, II - OBJETO DE LA PRESTACION	PR Pxxx	Ver Matriz IV- Diagnóstica
	LABORATORIO	Ver en Matriz de codificación, II - OBJETO DE LA PRESTACION	LB Lxxx	Ver Matriz IV- Diagnóstica
	IMÁGENES	Ver en Matriz de codificación, II - OBJETO DE LA PRESTACION	IG Rxxx	Ver Matriz IV- Diagnóstica
NEOPLASIA MALIGNA	NOTIFICACION	Notificación de inicio de tratamiento en tiempo oportuno (Leucemia-linfoma)	NT N002	B72 B73

MV

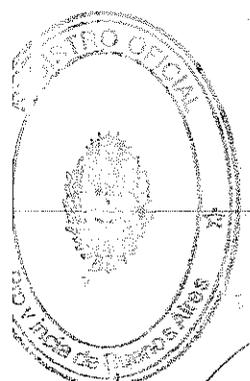
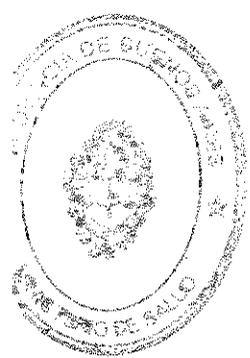


Handwritten signature and scribbles below the official stamp.

Grupo adolescente 10 a 19 años

339

NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACION	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO	
CONTROL EN SALUD	CONSULTA	Examen Periódico de Salud del adolescente	CT C001	A97
		Control de salud individual para población indígena en terreno	CT C009	A97
		Control ginecológico	CT C008	A97
		Control odontológico	CT C010	A97
		Control oftalmológico	CT C011	A97
MEDICINA PREVENTIVA - PROMOCIÓN DE LA SALUD	INMUNIZACIONES	Doble viral (rubéola + sarampión)	IM V011	A98
		Dosis aplicada de Doble adultos >16 años	IM V010	A98
		Dosis aplicada de dTap triple acelular (refuerzo a los 11 años)	IM V008	A98
		Dosis aplicada de inmunización anti hepatitis B monovalente (a partir de 11 años no inmunizados previamente)	IM V009	A98
		Dosis aplicada de Vacuna Antigripal en personas con factores de riesgo	IM V013	A98
MEDICINA PREVENTIVA - PROMOCIÓN DE LA SALUD	TALLER	Prevención de comportamientos adictivos: tabaquismo, uso de drogas, alcoholismo.	TA T010	A98
		Pautas nutricionales respetando cultura alimentaria de comunidades indígenas	TA T004	A98
MEDICINA PREVENTIVA - PROMOCIÓN DE LA SALUD	TALLER	Prevención de accidentes	TA T005	A98
		Prevención de HIV e Infecciones de Transmisión Sexual	TA T007	A98
		Prevención de violencia de género	TA T008	A98
		Prevención violencia familiar	TA T009	A98

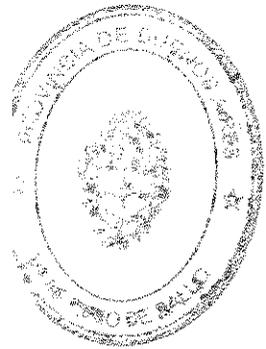


[Handwritten signature and initials]

Grupo adolescente 10 a 19 años

339

NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO	
MEDICINA PREVENTIVA - PROMOCIÓN DE LA SALUD	TALLER	Promoción de hábitos saludables: salud bucal, educación alimentaria, pautas de higiene, trastornos de la alimentación.	TA T011	A98
		Promoción de pautas alimentarias	TA T012	A98
		Promoción de salud sexual y reproductiva	TA T013	A98
		Salud sexual, confidencialidad, género y derecho (Actividad en sala de espera)	TA T014	A98
MEDICINA PREVENTIVA - PROMOCIÓN DE LA SALUD	RONDA	Ronda Sanitaria orientada a la detección de población de riesgo en área rural	RO X001	A98
		Ronda Sanitaria orientada a la detección de población de riesgo en población indígena	RO X002	A98
	CONSEJERÍA	Post-aborto	CO T018	A98
		Salud Sexual (Terreno)	CO T016	A98
		Salud Sexual en adolescente	CO T015	A98
	CAPTACIÓN	Búsqueda activa de adolescentes para valoración integral	CA W005	A98
		Búsqueda activa de embarazadas adolescentes por agente sanitario y/o personal de Salud	CA W004	A98
		Consulta para confirmación diagnóstica en Población Indígena con riesgo detectado en terreno.	CA W006	Ver Matriz IV- Diagnóstica
	DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	CONSULTA	Anemia leve y moderada en mujeres	CT C001 CT C002

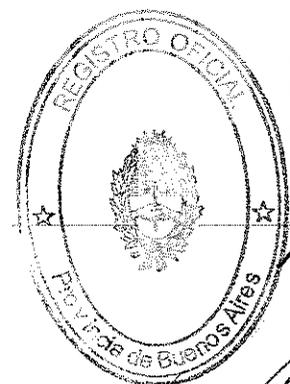
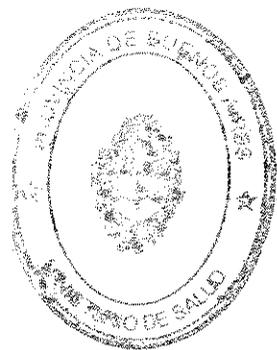


Handwritten signatures and initials in black ink.

Grupo adolescente 10 a 19 años

339

NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO	
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	CONSULTA	Asma bronquial (urgencia)	CT C012	R96
		Asma bronquial (consulta inicial)	CT C001	R96
		Asma bronquial (seguimiento)	CT C002	R96
LESIONES INTENCIONALES	CONSULTA	Consumo episódico excesivo de alcohol y/o otras sustancias psicoactivas (urgencia/ consultorios externos)	CT C012	P20 P23 P24
		Intento de suicidio (urgencia)	CT C012	P98
		Víctima de Violencia Sexual (urgencia)	CT C012	Z31
NEOPLASIAS MALIGNAS	CONSULTA	Diagnóstica y de seguimiento de Leucemia	CT C001 CT C002	B73 B73
		Diagnóstica y de seguimiento de Linfoma	CT C001 CT C002	B72 B72
PESQUISA	CONSULTA	Diagnóstico temprano y confidencial de embarazo en adolescente	CT C003	W78
SALUD MENTAL	CONSULTA	Seguimiento por consumo episódico excesivo de alcohol y/o otras sustancias psicoactivas	CT C001 CT C002	P20 P23 P24
		Seguimiento por intento de suicidio	CT C001	P98
TRASTORNOS ENDOCRINOS Y METABOLICOS	CONSULTA	Obesidad (consulta inicial)	CT C001	T79 T82
		Obesidad (seguimiento)	CT C002	T79 T82
		Sobrepeso	CT C001 CT C002	T83

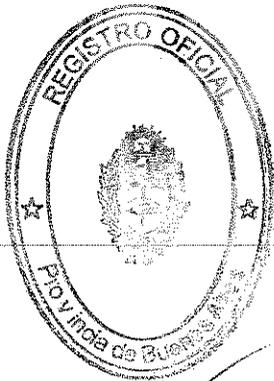
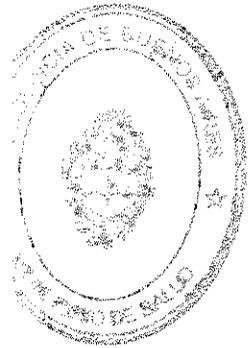


[Handwritten signature and scribbles]

Grupo adolescente 10 a 19 años

NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO	
Con referencia a nosologías contempladas en este grupo etario	PRACTICA	Colocación de DIU en adolescente	PR P003	W12
		Ver en Matriz de codificación, II - OBJETO DE LA PRESTACION	PR Pxxx	Ver Matriz IV- Diagnóstica
Con referencia a nosologías contempladas en este grupo etario	LABORATORIO	Ver en Matriz de codificación, II - OBJETO DE LA PRESTACION	LB Lxxx	Ver Matriz IV- Diagnóstica
		Ver en Matriz de codificación, II - OBJETO DE LA PRESTACION	IG Rxxx	Ver Matriz IV- Diagnóstica
NEOPLASIA MALIGNA	NOTIFICACION	Notificación de inicio de tratamiento en tiempo oportuno (Leucemia-linfoma)	NT N002	B72 B73

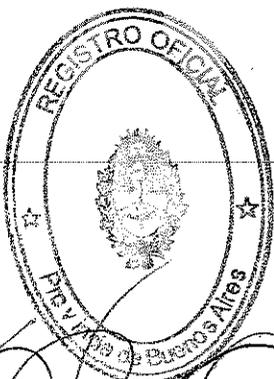
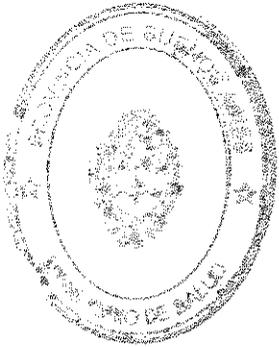
M



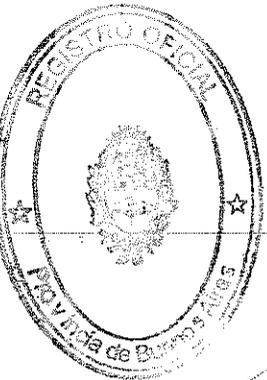
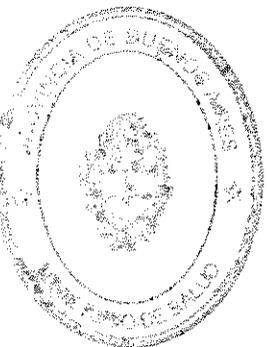
Handwritten signature and initials

Grupo Mujeres 20-64 años

NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGOS	
CONTROL EN SALUD	CONSULTA	Examen periódico de salud	CT C001	A97
		Control de salud individual para población indígena en terreno	CT C009	A97
		Control ginecológico	CT C008	A97
		Control odontológico	CT C010	A97
MEDICINA PREVENTIVA - PROMOCIÓN DE LA SALUD	INMUNIZACIONES	Dosis aplicada de Doble adultos (dT)	IM V010	A98
		Dosis aplicada de Doble viral	IM V011	A98
		Dosis aplicada de Vacuna Antrigripal en personas con factores de riesgo	IM V013	A98
	CONSULTA	Control preconcepcional (inicial)	CT C004	A97
		Control preconcepcional (seguimiento)	CT C013	A97
	CONSEJERÍA	Post-aborto	CO T018	A98
		Salud sexual y procreación responsable	CO T020	A98
	TALLER	Prevención de comportamientos adictivos: tabaquismo, uso de drogas, alcoholismo.	TA T010	A98
		Pautas nutricionales respetando cultura alimentaria de comunidades indígenas	TA T004	A98
		Prevención de accidentes	TA T005	A98
		Prevención de HIV e Infecciones de Transmisión Sexual	TA T007	A98
		Prevención de violencia de género	TA T008	A98



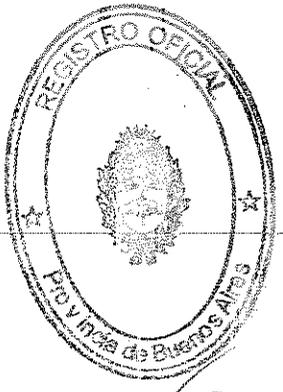
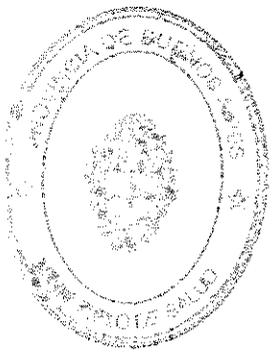
Grupo Mujeres 20-64 años				
NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGOS	
MEDICINA PREVENTIVA - PROMOCIÓN DE LA SALUD	TALLER	Prevención violencia familiar	TA T009	A98
		Promoción de hábitos saludables: salud bucal, educación alimentaria, pautas de higiene, trastornos de la alimentación.	TA T011	A98
		Promoción de pautas alimentarias	TA T012	A98
		Promoción de salud sexual y reproductiva	TA T013	A98
	RONDA	Ronda Sanitaria orientada a la detección de población de riesgo en área rural	RO X001	A98
		Ronda Sanitaria orientada a la detección de población de riesgo en población indígena	RO X002	A98
	CAPTACION	Consulta para confirmación diagnóstico en Población Indígena con riesgo detectado en terreno.	CA W006	Ver Matriz IV- Diagnóstica
DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	CONSULTA	Anemia leve y moderada 20 a 49 años	CT C001 CT C002	B80 B80
LESIONES INTENCIONALES	CONSULTA	Víctima de Violencia Sexual (urgencia)	CT C012	Z31
NEOPLASIA MALIGNA	CONSULTA	Diagnóstica y seguimiento de CA cervicouterino	CT C001 CT C002	X75 X75
		Diagnóstica y seguimiento de CA de mama	CT C001 CT C002	X76 X76
	PRÁCTICAS	Biopsia para las mujeres con mamografía BIRADS 4 y 5 (CA mama)	PR P007	X19
		Colposcopia y biopsia de lesión en cuello uterino, realizada por especialista en ASC- H, H- SIL, Cáncer (CA cervicouterino)	PR P002 PR P007	X75; X86
		Toma de muestra citológica (25 a 64 años) (Tamizaje CA cervicouterino)	PR P018	A98



M

Handwritten signature and initials.

Grupo Mujeres 20-64 años			
NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGOS
NEOPLASIA MALIGNA	IMÁGENES	Mamografía bilateral, craneocaudal y oblicua, con proyección axilar mujeres (en mayores de 49 años (cada 2 años con mamografía negativa)	IG R014 A98
		Mamografía variedad magnificada	IG R015 X30
	ANATOMÍA PATOLÓGICA	Anatomía patológica de biopsia (CA mama)	AP A002 X76
		Diagnóstico por biopsia en laboratorio de anatomía patológica, para aquellas mujeres con citología ASC-H, H-SIL, Cáncer (CA cervicouterino)	AP A002 X75
		Lectura de la muestra tomada en mujeres entre 25 y 64 años, en laboratorio de Anatomía Patológica/Citología con diagnóstico firmado por anatómo-patólogo matriculado (tamizaje de CA cervicouterino)	AP A001 A98
Grupo referencias a prestaciones contemporáneas en este grupo de edad y sexo	PRÁCTICAS	Colocación DIU	PR P003 W12
		Ver en Matriz de codificación, II - OBJETO DE LA PRESTACION	PR Pxxx Ver Matriz IV- Diagnóstica
	LABORATORIO	Ver en Matriz de codificación, II - OBJETO DE LA PRESTACION	LB Lxxx Ver Matriz IV- Diagnóstica
		IMÁGENES	Ver en Matriz de codificación, II - OBJETO DE LA PRESTACION
NEOPLASIA MALIGNA	NOTIFICACIÓN	Notificación de caso positivo al responsable del Servicio (donde se realizó la toma de muestra (PAP) (CA cervicouterino)	NT N001 X75
		Notificación de caso positivo al responsable del Servicio- CAPS donde se realizó la toma de muestra (biopsia) (CA cervicouterino)	NT N003 X75
		Notificación de inicio de tratamiento en tiempo oportuno en ASC- H, H- SIL, Cáncer (CA cervicouterino)	NT N002 X75
		Notificación de inicio de tratamiento en tiempo oportuno (CA mama)	NT N002 X76

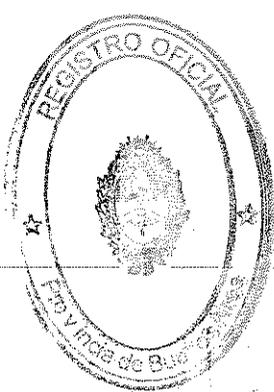
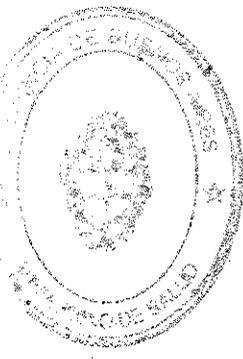


M

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.

Embarazo/parto/puerperio

NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACION	CODIGO ANTERIOR		CÓDIGO ACTUAL	
CONTROL DE SALUD	CONSULTAS	Control prenatal de 1ra.vez	MEM01	REM76	CT C005	W78
		Uterior de control prenatal.	MEM02	REM77	CT C006	W78
		Odontológica prenatal - profilaxis	MEM03	REM78	CT C010	W78
		Gingivitis	MEM 125		CT C010	D61
		Educación para la salud en embarazo (bio-psico-social)	MEM04		CT C006	W78
		Control prenatal de embarazo de alto riesgo.	MER08		CT C007	W84
		Puerperio inmediato.	MPU19	RPU93	CT C001	W86
PROGRAMA PREVENTIVA - PROMOCIÓN DE LA SALUD	INMUNIZACIÓN	Inmunización doble adultos en embarazo	MEM07 A	REM81 A	IM V010	A98
		Dosis aplicada de vacuna antigripal en embarazo	MEM07 B	REM81 B	IM V013	A98
		Inmunización puerperal doble viral (Rubéola)	MPU23 A	RPU85 A	IM V011	A98
		Dosis aplicada de vacuna antigripal	MPU23 B	RPU85 B	IM V013	A98
	GINECOLOGÍA	Toma de muestra para PAP (incluye material descartable)	MEM73	RLM97	PR P018	W78
		Colposcopia en control de embarazo (incluye material descartable)	LM150	RLM95	PR P002	W78
		Tartrectomía	MEM 126		PR P033	W78
		Inactivación de policarías activas o incipientes.	MEM122		PR P026	W78
	LABORATORIOS	Laboratorio prueba de embarazo	LM143		LB Lxxx	W78
		Laboratorio de control prenatal de 1ra. Vez (incluye: grupo y factor, hemoglobina, glucemia, orina completa, VDRL, Chagas, VIH, toxoplasmosis y Rbs antígeno).	LM144		LB Lxxx	W78
		Laboratorio Uterior de Control Prenatal (Incluye Hemoglobina, Glucemia, Orina Completa, VDRL, VIH)	LM145		LB Lxxx	W78
	CONSEJERÍA	Consejería puerperal en SS y R; lactancia materna y puericultura (prevención de muerte súbita y signos de alarma)	MPU21	RPU84	CO T017	W86
		Carta de derechos de la mujer embarazada indígena	CM163	RCM105	CO T019	W78

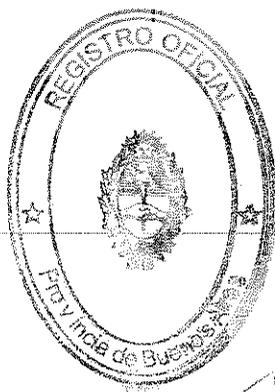


M

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.

Embarazo/parto/puerperio

NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACION	CODIGO ANTERIOR		CÓDIGO ACTUAL	
RED DE ATENCIÓN PRIMARIA - PROMOCIÓN DE LA SALUD	RONDAS	Ronda Completa de Agente Sanitario en área rural.	CM160		RO X001	A98
		Ronda Completa de Agente Sanitario en Población Indígena	CM161	RCM103	RO X002	A98
	GRUPO DE ASISTENCIA COMUNITARIA (GACU)	Diagnóstico socio-epidemiológico de población en riesgo. (documento entregado y aprobado)	CM164	RCM106	DS Y001	A98
		Búsqueda activa de embarazadas en el primer trimestre por agente sanitario y/o personal de Salud.	CM162	RCM104	CA W001	A98
	BÚSQUEDA DE EMBARAZADAS	Búsqueda activa de embarazadas con abandono de controles, por agente sanitario y personal de salud.	CM168	RCM110	CA W002	A98
		TALLERES	Encuentros para promoción del desarrollo infantil, prevención de patolog. prevalentes en la infancia, conductas saludables, hábitos de higiene.	CM165	RCM107	TA T003
	Encuentros para promoción de pautas alimentarias en embarazadas, púerperas y niños de 6 años.		CM166	RCM108	TA T002	A98
	Encuentros para promoción de salud sexual y reproductiva, Conductas Saludables, Hábitos de Higiene		CM167	RCM109	TA T001	A98
	AUDITORIA DE RESULTADOS	Informe de comité de auditoría de muerte materna y/o infantil recibido y aprobado por el Ministerio de Salud de la Provincia, según ordenamiento.	MPU22		AU H001	A51
	CONSULTAS CON ESPECIALISTAS EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	CONSULTAS	Consulta con especialistas por embarazo de alto riesgo (cardiología, endocrinología, genética, infectología, nefrología)	HER 09		CT C007
DEBILIDADES Y DEFICIENCIAS DE LOS SERVICIOS	CONSULTAS	Atención y tratamiento ambulatorio de anemia leve del embarazo	MEM06	REM80	CT C005 CT C006	B80 B80
		Atención y tratamiento ambulatorio de anemia grave del embarazo (no incluye hemoderivados)	MER13		CT C007	B80
HEMORRAGIAS EMBARAZO	INTERCONSULTAS	Tratamiento de la hemorragia del 1er. Trimestre	MER14		IT E004 IT Q005	W06 W06
		Tratamiento de la hemorragia del 2do. Trimestre	MER15		IT E005 IT Q006	W07 W07
		Tratamiento de la hemorragia del 3er. Trimestre	MER16		IT E006 IT Q007	W08 W08
HIPERTENSION ARTERIAL	CONSULTAS	Atención y tratamiento ambulatorio de hipertensión arterial	MER12		CT C007	K86
EMERGENCIAS Y ATENDIMIENTOS	CONSULTAS	Atención y tratamiento ambulatorio de infección urinaria en embarazada.	MEM05	REM79	CT C005	U71
		Atención y tratamiento ambulatorio de sífilis e ITS en embarazo.	MER10	RER82	CT C007	D72; X70; X71; X90; X91; X92
		Atención y tratamiento ambulatorio de VIH en la embarazada.	MER11		CT C007	B90



M

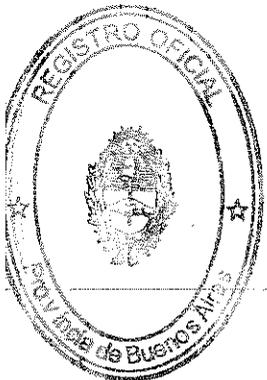
Handwritten signature and initials.

Embarazo/parto/puerperio

NOSOLOGIA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACION	NOMBRE DE LA PRESTACION	CODIGO ANTERIOR		CODIGO ACTUAL	
NEOPLASIAS BENIGNAS	AMBITORA PATOLOGICA	Lectura de la muestra tomada en mujeres embarazadas, en laboratorio de Anatomia Patologica/Citologia con diagnóstico firmado por anatómo-patólogo matriculado (CA cervicouterino).	MEM72		AP A001	W78
PARTO	INTERACION	Atención de parto y recién nacido	MPA17		IT Q001	W90; W91
		Cesárea y atención del recién nacido.	MPA18		IT Q002	W88; W89
PATOLOGIA DEL EMBARAZO	CONSULTAS	Tratamiento de la hemorragia del 1er. Trimestre.	MER14		CT C007	W06
MARCOPOSI SUBINSERIAL	CONSULTAS	Tratamiento ambulatorio de complicaciones de parto en puerperio inmediato.	MPU20		CT C005 CT C006	W17; W70; W71; W94
	ESPECIALICA	Extraccion de sangre para análisis de laboratorio (incluye material descartable)	LMI75	RIM95	PR P008	Ver Matriz IV- Diagnóstica
		Electrocardiograma en embarazo	IMIS2		PR P004	Ver Matriz IV- Diagnóstica
	TRASLADOS	Transporte por referencia de zona A de embarazadas y niños menores de 6 años hasta 50 km	TMI 70	RTM112	TL M081 TL M083	Ver Matriz IV- Diagnóstica
		Transporte por referencia de zona B de embarazadas y niños menores de 6 años (mas de 50 km)	TMI 71	RTM113	TL M082 TL M084	Ver Matriz IV- Diagnóstica
SEGUNDA ESPECIALIDAD CONSULTAS CON CONSULTA PREVIAMENTE REALIZADA PARA ESTE SERVICIO	EXAMENES ESPECIALES	Ver en Matriz de codificación, II - OBJETO DE LA PRESTACION.	LM146 LM147 LM148 LM149		LB Lxxx	Ver Matriz IV- Diagnóstica
	EXAMENES	Ecografia en control prenatal	IMIS1	RIM98	IG R031	W 78
		Rx de cráneo F y P en embarazadas	IMIS6	RIM101	IG R022	Ver Matriz IV- Diagnóstica



M

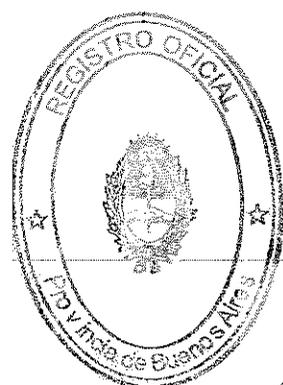
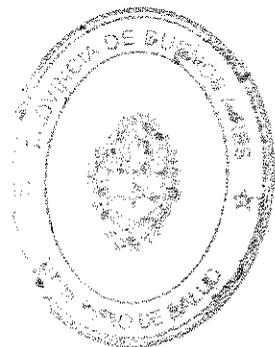


Handwritten signature and scribbles.

Neonato

339

NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO ANTERIOR		CÓDIGO ACTUAL	
MEDICINA PREVENTIVA - PROMOCIÓN DE LA SALUD	INMUNIZACIÓN	Inmunización de recién nacido (BCG antes del alta y Hepatitis B en primeras 12 hs de vida)	NNE31		IM V012 IM V009	A98
	HEISTORIA DE MUJERTE	Informe de comité de auditoría de muerte materna y/o infantil recibido y aprobado por el Ministerio de Salud de la Provincia, según ordenamiento	MPU22		AU H002	A50
HIPDAGUSTA	PRACTICA	Otoemisiones acústicas para Detección temprana de hipoacusia en RN	NNE114		PR P021	A97; H86
INFECCIONES Y PARASITARIAS	INTERNACION	Tratamiento inmediato de sífilis congénita en RN	NNE26		IT E002	A41
		Tratamiento inmediato de transmisión vertical de VIH en RN	NNE27		IT E002	A42
		Tratamiento inmediato de Chagas congénito	NNE29		IT E002	A40
OTRAS PERINATALES	INTERNACION	Atención de RN con condición grave al nacer (tratamiento pre-referencia)	NNE25		IT E002	Ver Matriz IV- Diagnóstica
	INCUBADORA	Incubadora hasta 48 hs en RN	NNE30		IC I001	Ver Matriz IV- Diagnóstica
	PRACTICA	Extracción de sangre para análisis de laboratorio (incluye material descartable)	LME75	RLM 95	PR P008	Ver Matriz IV- Diagnóstica
OTRAS PERINATALES	TRASLADOS	Transporte de emergencia del RN	TMI69	RTM 111	TL M030	Ver Matriz IV- Diagnóstica
RETINOPATIA DEL DEL PREMATURO	PRACTICA	Pesquisa de la retinopatía del prematuro: Oftalmoscopia binocular indirecta (OBI) a todo niño de riesgo	NNE24		PR P017	A46; A97
TRASTORNOS ENDOCRINOS Y METABOLICOS	INTERNACION	Tratamiento inmediato de trastornos metabólicos (estado ácido base y electrolitos) en RN	NNE28		IT E002	A44

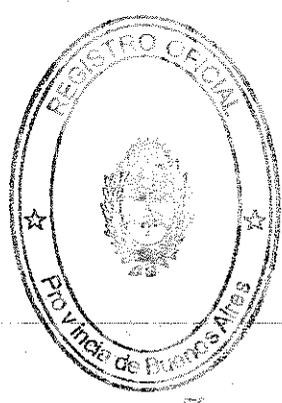


Handwritten signatures and initials, including a large 'M' and 'A'.

Neonato					
NOSOLOGIA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACION	NOMBRE DE LA PRESTACION	CODIGO ANTERIOR		CODIGO ACTUAL
Asignadas a nosologías contempladas en el manual de procedimientos para este grupo	LABORATORIO	Ver en Matriz de codificación, VI - OBJETO DE LA PRESTACION	LMI46 LMI47 LMI48 LMI49		LB Lxxx Ver Matriz IV- Diagnóstica
	IMÁGENES	Rx de tórax Fy P en niños menores de 6 años	IMI54	RIM99	IG R026 Ver Matriz IV- Diagnóstica
		Rx de cráneo F y P en niños menores de 6 años	IMI56	RIM101	IG R022 Ver Matriz IV- Diagnóstica
		Rx de huesos largos en niños menores de 6 años c/ patología prevalente	IMI57	RIM102	IG R017 IG R025 Ver Matriz IV- Diagnóstica
		Eco- doppler en niños menores de 6 años	IMI58		IG R004 Ver Matriz IV- Diagnóstica
	PRÁCTICA	Electrocardiograma en niños menores de 6 años	IMI59		PR P004 Ver Matriz IV- Diagnóstica



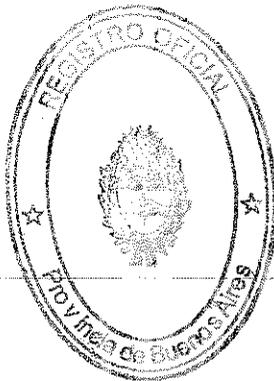
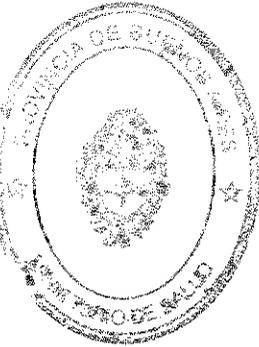
M



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.

Niño 0 a 6 años

NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACION	CODIGO ANTERIOR		CODIGO ACTUAL		
CONTROL DE SALUD	CONSULTA	Consulta buco-dental en salud en niños menores de 6 años	NPE40	RPE 92	CT C010	A97	
		Consulta oftalmológica en niños de 5 años	NPE39		CT C011	A97	
		Pediatrica en menores de 1 año	NPE32	RPE 86	CT C001	A97	
		Pediatrica de 1 a 6 años	NPE33	RPE 87	CT C001	A97	
MEDICINA INFANTIL - PROGRAMACION DE LA SALUD	IMUNIZACIONES	Dosis aplicada de inmunización Anti-amarilla en niños de 12 meses en departamentos de riesgo	NPE42F	RPE 84F	IM V007	A98	
		Dosis aplicada de inmunización Cuádruple en niños de 18 meses o actualización de esquema	NPE42C	REP94C	IM V004	A98	
		Dosis aplicada de inmunización para Hepatitis A en niños de 12 meses o actualización de esquema	NPE42D	RPE94D	IM V005	A98	
		Dosis aplicada de inmunización Pentavalente en niños de 2, 4, y 6 meses o actualización de esquema	NPE42B	RPE94B	IM V003	A98	
	IMUNIZACIONES	Dosis aplicada de inmunización Triple Bacteriana Celular en niños de 6 años o actualización de esquema	NPE42E	RPE94E	IM V006	A98	
		Dosis aplicada de Sabin en niños de 2, 4, 6 y 18 meses y 6 años o actualización de esquema	NPE42A	RPE94A	IM V002	A98	
		Dosis aplicada de vacuna triple viral en niños menores de 6 años	NPE41	RPE93	IM V001	A98	
		Dosis aplicada de vacuna antigripal en niños de 6 a 24 meses o en niños mayores con factores de riesgo	NPE42 G	RPE94G	IM V013	A98	
	MEDICINA PREVENTIVA - PROGRAMACION DE LA SALUD	RONDAS	Ronda Completa de Agente Sanitario en área rural	CNI60		RO X001	A98
			Ronda Completa de Agente Sanitario en Población Indígena	CNI61	RCM103	RO X002	A98
DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO LOCAL		Diagnóstico socio-epidemiológico de población en riesgo, (documento entregado y aprobado)	CNI64	RCM106	DS Y001	A98	
		Búsqueda activa de niños con abandono de controles, por agente sanitario y personal de salud.	CNI68	RCM110	CA W003	A98	



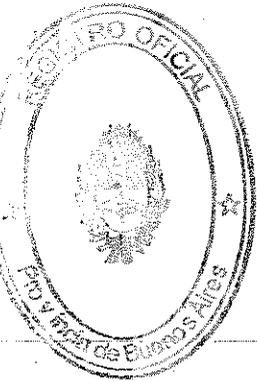
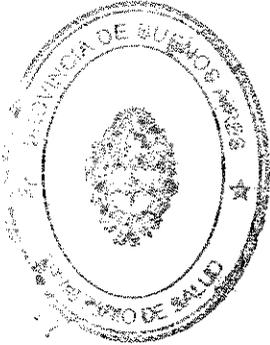
M

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.

Niño 0 a 6 años

389

NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO ANTERIOR		CÓDIGO ACTUAL	
MEDICINA PREVENTIVA - PROMOCIÓN DE LA SALUD	TALLERES	Encuentros para promoción de pautas alimentarias en embarazadas, puerperas y niños menores de 6 años.	CMI66	RCM108	TA T002	A98
		Encuentros para promoción del desarrollo infantil, prevención de patolog. prevalentes en la infancia, conductas saludables, hábitos de higiene	CMI65	RCM107	TA T003	A98
	AUDITORIA ADMINISTRATIVA	Informe de comité de auditoría de muerte materna y/o infantil recibido y aprobado por el Ministerio de Salud de la Provincia, según ordenamiento	MPU22		AU H002	A96
CONSEJERÍA DE DIAGNÓSTICA POS-PRONÓSTICO ESPECIALIZADA	CONSULTA	Consultas con pediatras especialistas en Cardiología, Nefrología, Infectología, Gastroenterología	NPE38		CT C001	Ver Matriz IV - Diagnóstica
DIAGNÓSTICA NUTRICIONAL	CONSULTA	Atención ambulatoria con suplementación vitamínica a niños desnutridos menores de 6 años	NPE35	RPE88	CT C001 CT C002	T91 T91
ENFERMEDAD RESPIRATORIA	CONSULTA	Atención ambulatoria de infección respiratoria aguda en niños menores de 6 años	NPE37	RPE90	CT C001 CT C002	R74 R74
ENFERMEDAD RESPIRATORIA	PRÁCTICA	Kinesioterapia ambulatoria en infecciones respiratorias agudas en niños menores de 6 años (5 sesiones)	NPE74	RPE91	PR P011	R25; R78; R81
	INTERNACIÓN < 48 HS	Internación abreviada SBO (Prehospitalización en ambulatorio)	NPE116	RPE124	IT E001	R78
	INTERNACIÓN > 48 HS	Internación abreviada SBO (24- 48 hs de internación en hospital)	NPE120		IT E002	R78
		Neumonía	NPE121		IT E003	R81
HIPOACUSIA	CONSULTA	Consulta de niños con especialistas (hipoacusia en lactante "No pasa" con Otoemisiones acústicas)	NPE118		CT C001	H86
	PRÁCTICA	Rescreening de hipoacusia en lactante "No pasa" con BERA	NPE119		PR P022	H86
		Rescreening de hipoacusia en lactante "No pasa" con Otoemisiones acústicas	NPE117		PR P021	H86
ENFERMEDADES INFLAMATORIAS	CONSULTA	Atención ambulatoria de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 6 años	NPE36	RPE89	CT C001 CT C002	D11 D11
	INTERNACIÓN < 48 HS	Posta de Rehidratación : Diarrea aguda en ambulatorio	NPE115	RPE123	IT E001	D11
OTRAS PATOLOGÍAS	CONSULTA	Consulta pediátrica de menores de 6 años en emergencia hospitalaria	NPE34		CT C012	Ver Matriz IV - Diagnóstica



M

80

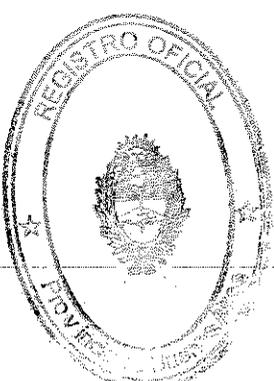
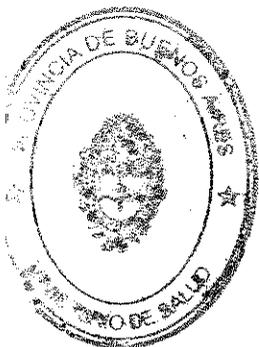
80

Niño 0 a 6 años

339

NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACION	CÓDIGO ANTERIOR		CÓDIGO ACTUAL	
Con referencia a Hospital (ver codificación en el Anexo 1) - Ver Matriz IV - Diagnóstica	PRÁCTICA	Extracción de sangre para análisis de laboratorio (incluye material descartable)	LMI75	RIM95	PR P008	Ver Matriz IV - Diagnóstica
		Electrocardiograma en niños menores de 6 años	IMI59		PR P004	Ver Matriz IV - Diagnóstica
		Inactivación de caries	NPE 127		PR P033	D60
Con referencia a Hospital (ver codificación en el Anexo 1) - Ver Matriz IV - Diagnóstica	TRANSPORTE	Transporte por referencia de zona A de embarazadas y niños menores de 6 años hasta 50 km	TM170	RTM112	TL M081 TL M085	Ver Matriz IV - Diagnóstica
		Transporte por referencia de zona B de embarazadas y niños menores de 6 años (más de 50 km)	TM171	RTM113	TL M082 TL M086	Ver Matriz IV - Diagnóstica
	LABORATORIO	Ver en Matriz de codificación, II - OBJETO DE LA PRESTACION	LMI46 LMI47 LMI48 LMI49		LB Lxxx	Ver Matriz IV - Diagnóstica
		Eco. Bilateral de caderas en niños menores de 2 meses	IMI53		IG R005	Ver Matriz IV - Diagnóstica
	IMAGENES	Rx de tórax Fy P en niños menores de 6 años	IMI54	RIM 99	IG R026	Ver Matriz IV - Diagnóstica
		Rx de cráneo F y P en niños menores de 5 años	IMI56	RIM 101	IG R022	Ver Matriz IV - Diagnóstica
		Rx de huesos largos en niños mejores de 6 años c/ patología prevalente	IMI57	RIM102	IG R017 IG R025	Ver Matriz IV - Diagnóstica
		Eco- doppler en niños menores de 6 años	IMI58		IG R004	Ver Matriz IV - Diagnóstica

M



Handwritten signatures and initials, including a large stylized signature and a circular stamp.

NOMENCLADOR PLAN NACER ALTA COMPLEJIDAD

GRUPO:	CARDIOPATÍAS CONGENTAS			VALOR:
SUBGRUPO:	DIAGNOSTICO / SEGUIMIENTO POST ALTA			
CÓDIGO	CÓD. N.U.	PRÁCTICA	VALOR	
K 1.1.0	NPE 38	Consulta con especialista	Norm SMIP	
K 1.1.1	IMI 59	Electrocardiograma en niños menores de 6 años	Norm SMIP	
K 1.1.2	IMI 58	Eco-doppler en niños menores de 6 años	Norm SMIP	
K 1.1.3	IMI 54	Rx tórax F y P en niños menores de 6 años	Norm SMIP	
K 1.1.4	IMI 46.32	Hemograma completo	Norm SMIP	
K 1.1.5	IMI 47.9	Ionograma plasmático y orina	Norm SMIP	
K 1.1.6	IMI 46.16	Estado ácido base	Norm SMIP	
K 1.1.7	IMI 46.54	Urea	Norm SMIP	
K 1.1.8	IMI 46.12	Creatinina serica	Norm SMIP	
K 1.1.9	IMI 46.24	Glicemia	Norm SMIP	
K 1.1.10	IMI 46.10	Colesterol	Norm SMIP	
K 1.1.11	IMI 46.36	LDH	Norm SMIP	
K 1.1.12	IMI 46.28	Grupo y factor	Norm SMIP	
K 1.1.13	IMI 46.49	Tiempo de coagulación y sangría	Norm SMIP	
K 1.1.14	IMI 46.51	Transaminasas TGO/TGP	Norm SMIP	
K 1.1.15	IMI 47.3	ASTO	Norm SMIP	
K 1.1.16	IMI 49.21	YH Elisa	Norm SMIP	
K 1.1.17	IMI 47.15	Serología para Chagas (Elisa)	Norm SMIP	

PRÁCTICAS DIAGNÓSTICAS A SER CUBIERTAS POR EL FONDO DE ASEGURAMIENTO SOLIDARIO

CÓDIGO	PRÁCTICAS	VALOR
K 1.2.0	Ergometria	\$ 100
K 1.2.1	Holler de 24 hs	\$ 150
K 1.2.2	Presuometria	\$ 200
K 1.2.3	Hemodinamia Diagnóstica	\$ 3.000
K 1.2.4	Resonancia magnética	\$ 1.000
K 1.2.5	Tomografía	\$ 1.500

SUBGRUPO:	TRASLADO			VALOR
CÓDIGO	CÓD. N.U.	PRÁCTICA	VALOR	
K 2.0	TMI 69	Transporte de emergencia del RN	Norm SMIP	
K 2.1	TMI 70	Transporte por referencia de zona A de embarazadas y niños menores de 6 años (hasta 50 km)	Norm SMIP	
K 2.2	TMI 71	Transporte por referencia de zona B de embarazadas y niños menores de 6 años (más de 50 km)	Norm SMIP	

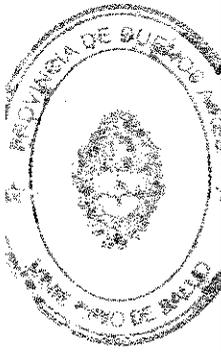
M

SUBGRUPO CÓDIGO	TRATAMIENTO MÓDULO	Día Estado Precipitación	Acto Quirúrgico	Día Estado Post Quirúrgico con Medicación UTI	Medicación Post Quirúrgico UTI	Día Estado Post Quirúrgico en Sala Común
K 3.0	Prácticas de Alta Complejidad CCC I (patología sin CEC en pacientes no neonatos)	\$ 861	\$ 6,017	\$ 2,004	\$ 77	\$ 861
K 3.1	Prácticas de Alta Complejidad CCC II (pacientes sin CEC neonatos)	\$ 861	\$ 6,017	\$ 2,049	\$ 123	\$ 861
K 3.2	Prácticas de Alta Complejidad CCC III (pacientes con CEC y Baja Complejidad - CIA)	\$ 861	\$ 12,009	\$ 2,049	\$ 123	\$ 861
K 3.3	Prácticas de Alta Complejidad CCC IV (pacientes con CEC y Baja Complejidad - CIV simple sin otras malformaciones)	\$ 861	\$ 14,685	\$ 2,210	\$ 283	\$ 861
K 3.4	Prácticas de Alta Complejidad CCC V (pacientes con CEC y Mediana Complejidad no neonatos - CIV con otras patologías asociadas)	\$ 861	\$ 15,936	\$ 2,262	\$ 335	\$ 861
K 3.5	Prácticas de Alta Complejidad CCC VI (pacientes con CEC y Alta Complejidad neonatos - TGV y otros similares)	\$ 861	\$ 17,243	\$ 2,268	\$ 342	\$ 861
K 3.6	Prácticas de Alta Complejidad CCC VII	\$ 861	\$ 20,909	\$ 2,634	\$ 708	\$ 861



Handwritten signature and initials.

M



Anexo CCC - Nomenclador Plan Nacer Alta Complejidad
 I - Días de Estadía Prequirúrgica

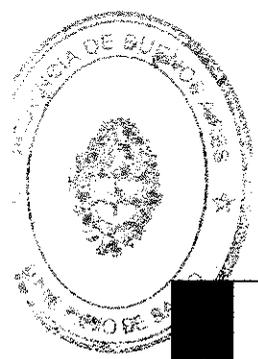
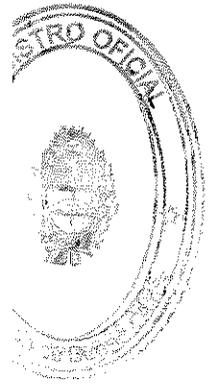
INCLUYE	EXCLUYE	DIAS MÁXIMOS
<p>Todos los módulos</p> <p>Estancia Hospitalaria y estudios Complementarios: Radiografía de Torax, Electrocardiograma, Ecocardiografía, Laboratorio.</p>	<p>Hemodinamias de Diagnóstico (Facturación separada - Financiado por Fondo de Aseguramiento Solidario - con autorización previa del Ente Coordinador de Derivaciones solicitada por el Hospital de Referencia)</p>	2

II - Prestaciones Acto Quirúrgico y Días de Estadía Post Quirúrgica

MÓDULO	INCLUYE	EXCLUYE	DIAS MÁXIMOS
Prácticas de Alta Complejidad CCC I (patología sin CEC en pacientes no neonatos)	<ul style="list-style-type: none"> Honorarios del equipo médico y técnico, de los equipos clínico y quirúrgico intervinientes durante el proceso de internación. Gastos de medicamentos y descartables utilizados en cirugía e internación, no fíxativamente excluidos Asistencia respiratoria mecánica, monitoreo cardiológico y presiones. Marcapasos transitorios. Honorarios y gastos de hemoterapia. (La reposición de la sangre deberá ser a cargo de los familiares). Reoperaciones de igual índole por complicaciones de la cirugía efectuada, dentro del periodo del módulo. Eventual colocación de catéter de Swan-Ganz (Honorarios, gastos y descartables). Albumina y sucedáneos. Medicamentos. Antibióticos de utilización de acuerdo a antibiograma: o Cefoperazona, o Imipenem, o Meropenem, o Quinolonas IV. Para los módulos con CEC incluye además Descartables propios de la utilización de la Bomba de Circulación Extracorpórea (Cánulas, Oxigenador, set de tubos, reservorio, etc.) Para el Módulo I (exclusivamente) incluye Hemodinamia Intervencionista 	<ul style="list-style-type: none"> Marcapasos definitivo, parches y prótesis vasculares. Kits de equipo recuperador de sangre, en casos que se lo requiera, debidamente justificado y autorizado por la Auditoría Médica. Hemodiálisis. Insumos necesarios para procedimientos de asistencia ventricular (Baton de contrapulsación, Bombas centrifugas o por levitación). Otras prácticas quirúrgicas no relacionadas con la cirugía cardiovascular realizada. Aféresis. Anticuerpos Monoclonales Aprotinina Complejo Protrombínico Humano. Factores Antifibrinolíticos. Fibrinolíticos: Estreptokinasa, Uroquinasa. Gammaglobulina. Hemostáticos: tipo Protomplex o similar. Lípidos. 	3
Prácticas de Alta Complejidad CCC II (pacientes sin CEC neonatos)	<ul style="list-style-type: none"> Honorarios y gastos de hemoterapia. (La reposición de la sangre deberá ser a cargo de los familiares). Reoperaciones de igual índole por complicaciones de la cirugía efectuada, dentro del periodo del módulo. Eventual colocación de catéter de Swan-Ganz (Honorarios, gastos y descartables). Albumina y sucedáneos. Medicamentos. Antibióticos de utilización de acuerdo a antibiograma: o Cefoperazona, o Imipenem, o Meropenem, o Quinolonas IV. Para los módulos con CEC incluye además Descartables propios de la utilización de la Bomba de Circulación Extracorpórea (Cánulas, Oxigenador, set de tubos, reservorio, etc.) Para el Módulo I (exclusivamente) incluye Hemodinamia Intervencionista 	<ul style="list-style-type: none"> Marcapasos definitivo, parches y prótesis vasculares. Kits de equipo recuperador de sangre, en casos que se lo requiera, debidamente justificado y autorizado por la Auditoría Médica. Hemodiálisis. Insumos necesarios para procedimientos de asistencia ventricular (Baton de contrapulsación, Bombas centrifugas o por levitación). Otras prácticas quirúrgicas no relacionadas con la cirugía cardiovascular realizada. Aféresis. Anticuerpos Monoclonales Aprotinina Complejo Protrombínico Humano. Factores Antifibrinolíticos. Fibrinolíticos: Estreptokinasa, Uroquinasa. Gammaglobulina. Hemostáticos: tipo Protomplex o similar. Lípidos. 	10
Prácticas de Alta Complejidad CCC III (pacientes con CEC y Baja Complejidad -CIA)	<ul style="list-style-type: none"> Honorarios y gastos de hemoterapia. (La reposición de la sangre deberá ser a cargo de los familiares). Reoperaciones de igual índole por complicaciones de la cirugía efectuada, dentro del periodo del módulo. Eventual colocación de catéter de Swan-Ganz (Honorarios, gastos y descartables). Albumina y sucedáneos. Medicamentos. Antibióticos de utilización de acuerdo a antibiograma: o Cefoperazona, o Imipenem, o Meropenem, o Quinolonas IV. Para los módulos con CEC incluye además Descartables propios de la utilización de la Bomba de Circulación Extracorpórea (Cánulas, Oxigenador, set de tubos, reservorio, etc.) Para el Módulo I (exclusivamente) incluye Hemodinamia Intervencionista 	<ul style="list-style-type: none"> Marcapasos definitivo, parches y prótesis vasculares. Kits de equipo recuperador de sangre, en casos que se lo requiera, debidamente justificado y autorizado por la Auditoría Médica. Hemodiálisis. Insumos necesarios para procedimientos de asistencia ventricular (Baton de contrapulsación, Bombas centrifugas o por levitación). Otras prácticas quirúrgicas no relacionadas con la cirugía cardiovascular realizada. Aféresis. Anticuerpos Monoclonales Aprotinina Complejo Protrombínico Humano. Factores Antifibrinolíticos. Fibrinolíticos: Estreptokinasa, Uroquinasa. Gammaglobulina. Hemostáticos: tipo Protomplex o similar. Lípidos. 	4
Prácticas de Alta Complejidad CCC IV (pacientes con CEC y Baja Complejidad -CIV simple sin otras malformaciones)	<ul style="list-style-type: none"> Honorarios y gastos de hemoterapia. (La reposición de la sangre deberá ser a cargo de los familiares). Reoperaciones de igual índole por complicaciones de la cirugía efectuada, dentro del periodo del módulo. Eventual colocación de catéter de Swan-Ganz (Honorarios, gastos y descartables). Albumina y sucedáneos. Medicamentos. Antibióticos de utilización de acuerdo a antibiograma: o Cefoperazona, o Imipenem, o Meropenem, o Quinolonas IV. Para los módulos con CEC incluye además Descartables propios de la utilización de la Bomba de Circulación Extracorpórea (Cánulas, Oxigenador, set de tubos, reservorio, etc.) Para el Módulo I (exclusivamente) incluye Hemodinamia Intervencionista 	<ul style="list-style-type: none"> Marcapasos definitivo, parches y prótesis vasculares. Kits de equipo recuperador de sangre, en casos que se lo requiera, debidamente justificado y autorizado por la Auditoría Médica. Hemodiálisis. Insumos necesarios para procedimientos de asistencia ventricular (Baton de contrapulsación, Bombas centrifugas o por levitación). Otras prácticas quirúrgicas no relacionadas con la cirugía cardiovascular realizada. Aféresis. Anticuerpos Monoclonales Aprotinina Complejo Protrombínico Humano. Factores Antifibrinolíticos. Fibrinolíticos: Estreptokinasa, Uroquinasa. Gammaglobulina. Hemostáticos: tipo Protomplex o similar. Lípidos. 	10
Prácticas de Alta Complejidad CCC V (pacientes con CEC y Alta Complejidad -CIV con otras patologías asociadas)	<ul style="list-style-type: none"> Honorarios y gastos de hemoterapia. (La reposición de la sangre deberá ser a cargo de los familiares). Reoperaciones de igual índole por complicaciones de la cirugía efectuada, dentro del periodo del módulo. Eventual colocación de catéter de Swan-Ganz (Honorarios, gastos y descartables). Albumina y sucedáneos. Medicamentos. Antibióticos de utilización de acuerdo a antibiograma: o Cefoperazona, o Imipenem, o Meropenem, o Quinolonas IV. Para los módulos con CEC incluye además Descartables propios de la utilización de la Bomba de Circulación Extracorpórea (Cánulas, Oxigenador, set de tubos, reservorio, etc.) Para el Módulo I (exclusivamente) incluye Hemodinamia Intervencionista 	<ul style="list-style-type: none"> Marcapasos definitivo, parches y prótesis vasculares. Kits de equipo recuperador de sangre, en casos que se lo requiera, debidamente justificado y autorizado por la Auditoría Médica. Hemodiálisis. Insumos necesarios para procedimientos de asistencia ventricular (Baton de contrapulsación, Bombas centrifugas o por levitación). Otras prácticas quirúrgicas no relacionadas con la cirugía cardiovascular realizada. Aféresis. Anticuerpos Monoclonales Aprotinina Complejo Protrombínico Humano. Factores Antifibrinolíticos. Fibrinolíticos: Estreptokinasa, Uroquinasa. Gammaglobulina. Hemostáticos: tipo Protomplex o similar. Lípidos. 	15
Prácticas de Alta Complejidad CCC VI (pacientes con CEC y Alta Complejidad neonatos -TGV y otros similares)	<ul style="list-style-type: none"> Honorarios y gastos de hemoterapia. (La reposición de la sangre deberá ser a cargo de los familiares). Reoperaciones de igual índole por complicaciones de la cirugía efectuada, dentro del periodo del módulo. Eventual colocación de catéter de Swan-Ganz (Honorarios, gastos y descartables). Albumina y sucedáneos. Medicamentos. Antibióticos de utilización de acuerdo a antibiograma: o Cefoperazona, o Imipenem, o Meropenem, o Quinolonas IV. Para los módulos con CEC incluye además Descartables propios de la utilización de la Bomba de Circulación Extracorpórea (Cánulas, Oxigenador, set de tubos, reservorio, etc.) Para el Módulo I (exclusivamente) incluye Hemodinamia Intervencionista 	<ul style="list-style-type: none"> Marcapasos definitivo, parches y prótesis vasculares. Kits de equipo recuperador de sangre, en casos que se lo requiera, debidamente justificado y autorizado por la Auditoría Médica. Hemodiálisis. Insumos necesarios para procedimientos de asistencia ventricular (Baton de contrapulsación, Bombas centrifugas o por levitación). Otras prácticas quirúrgicas no relacionadas con la cirugía cardiovascular realizada. Aféresis. Anticuerpos Monoclonales Aprotinina Complejo Protrombínico Humano. Factores Antifibrinolíticos. Fibrinolíticos: Estreptokinasa, Uroquinasa. Gammaglobulina. Hemostáticos: tipo Protomplex o similar. Lípidos. 	25
Prácticas de Alta Complejidad CCC VII			25

Handwritten signature and initials.

Handwritten mark.



III - Definición de Prácticas complementarias a los Módulos de Cirugías de Cardiopatías Cor

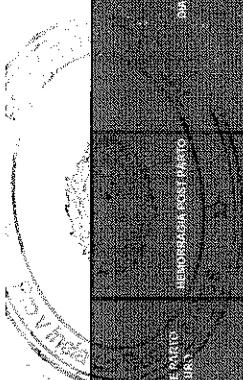
Conceptos Incluidos	Valor Cubierto
* Alprostadil; Nutrición Parenteral Total; Levosimendan; Factor VII Activado Recombinante; Iloprost Trometamol; Oxido Nítrico y dispenser para su administración; Surfactante. * Prótesis y Órtesis.	Costo Última Compra. Valor a ser auditado por Auditoría Concurrente

Prácticas Complementarias de CCC.

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature and the initials 'M'.

Embarazo Alto Riesgo					
NOROLOGÍA/ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO		
SISTEMAS DE MONITORIAO DE SANGRE	MONITOREO	Notificación de Factores de Riesgo	NT N004	Dx*	Pxx

Embarazo Alto Riesgo					
NOROLOGÍA/ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO		
MEJORA EN LA CALIDAD DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO	MONITOREO	Referencia oportuna por embarazo de alto riesgo de Nivel 2 o 3 a niveles de complejidad superiores.	NT N006	Dx*	Pxx
SISTEMAS DE MONITORIAO DE SANGRE	CONSULTA	Consulta inicial de la embarazada con hipertensión crónica	CT C007	Dx*	Pxx
		Consulta de seguimiento de la embarazada con hipertensión crónica	CT C022	Dx*	Pxx
		Consulta inicial de hipertensión gestacional	CT C007	Dx*	Pxx
		Consulta de seguimiento de la hipertensión gestacional	CT C022	Dx*	Pxx
		Consulta con oftalmología	CT C011	Dx*	Pxx
		Consulta con cardiología	CT C016	Dx*	Pxx
		Consulta con nefrología	CT C016	Dx*	Pxx
		Proteinuria rápida con tira reactiva	PR P030	Dx*	Pxx
		Hemograma	LB L057	Dx*	Pxx
		Coelelograma con fibrinógeno	LB L132	Dx*	
Glucemia	LB L045	Dx*			
Uricemia	LB L002	Dx*			
Creatinina sérica	LB L022	Dx*			
Creatinina urinaria (24 hs)	LB L021	Dx*			
Proteinuria (24hs)	LB L090	Dx*			
Enzimas hepáticas (Transaminasas, fosfatasa alcalina, gamma GT)	LB L040	Dx*			
Bilirrubina	LB L012	Dx*			
LDH	LB L052	Dx*			
China Completa	LB L079	Dx*	Pxx		
Ecografía Obstétrica	IG R031	Dx*	Pxx		
Eco doppler Fetal	IG R037	Dx*	Pxx		
Ecografía Renal	IG R038	Dx*	Pxx		
SISTEMAS DE MONITORIAO DE SANGRE	CONSULTA	Monitoreo fetal ante parto	PR P031	Dx*	Pxx
		Consulta seguimiento puerperio de paciente con hipertensión	CT C018	Dx*	Pxx
SISTEMAS DE MONITORIAO DE SANGRE	CONSULTA	Consulta inicial de diabetes gestacional	CT C007	Dx*	Pxx
		Consulta de seguimiento de diabetes gestacional	CT C022	Dx*	Pxx
		Consulta con oftalmología	CT C011	Dx*	Pxx
		Consulta con cardiología	CT C016	Dx*	Pxx
		Consulta con endocrinólogo	CT C016	Dx*	Pxx
		Consulta con nutricionista	CT C016	Dx*	Pxx
		Hemograma	LB L057	Dx*	Pxx
		Coelelograma	LB L132	Dx*	
		Hemoglobina glicosilada	LB L056	Dx*	
		Fructosamina	LB L133	Dx*	
Glucemia	LB L045	Dx*			
Uremia	LB L117	Dx*			
Uricemia	LB L002	Dx*			
Creatinina sérica	LB L022	Dx*			
Creatinina urinaria	LB L021	Dx*			
Proteinuria	LB L090	Dx*			
Urocultivo	LB L118	Dx*			
Curva de glucosa (PT5)	LB L094	Dx*			
Ecografía Obstétrica	IG R031	Dx*	Pxx		
Ecocardiograma fetal	IG R039	Dx*	Pxx		
Monitoreo fetal ante parto	PR P031	Dx*	Pxx		
Electrocardiograma	PR P004	Dx*	Pxx		
Consulta seguimiento puerperio paciente con diabetes gestacional	CT C018	Dx*	Pxx		
Consulta puerperio con Nutricionista	CT C018	Dx*	Pxx		
SISTEMAS DE MONITORIAO DE SANGRE	CONSULTA	Consulta seguimiento puerperio en hemorragia post parto	CT C018	Dx*	Pxx
		Ecografía ginecológica	IG R008	Dx*	Pxx
SISTEMAS DE MONITORIAO DE SANGRE	CONSULTA	Hemograma	LB L057	Dx*	Pxx
		Consulta seguimiento post alta	CT C017	Dx*	Pxx
SISTEMAS DE MONITORIAO DE SANGRE	CONSULTA	Ecografía ginecológica	IG R008	Dx*	Pxx
		Electrocardiograma	PR P004	Dx*	Pxx
SISTEMAS DE MONITORIAO DE SANGRE	CONSULTA	Monitoreo fetal ante parto	PR P031	Dx*	Pxx



Handwritten marks including the letters 'NY' and a large stylized signature or scribble.

Medicinas	Medidas	Indicaciones	Frecuencia de utilización	Días de estancia
		Control TA	Cada 4 hs x día	7 DÍAS EN UTI O SALA DE ALTO RIESGO
		Control diuresis	Cada 6 hs x día	
		Control retículo	Cada 4 hs x día	
		Signos vitales	Cada 4 hs x día	
		Control de movim fetales	Cada 4 hs x día	
		Control dinámica uterina	Cada 4 hs x día	
		Hemograma con recuento de plaquetas	1 x día	
		Colelograma	1 x día	
		TGO-TGP	1 x día	
		LDH	1 x día	
		Creatinina	1 x día	
		Clearance de creatinina	1 cada 3 días	
		Uricemia	1 x día	
		Coles en sangre periférica	1	
		Proteína en 24 hs	1 cada 3 días	
		Proteinuria por tiras reactivas	1	
		Sedimento urinario	1	
		Ecografía hepática	1	
		Ecografía renal	1	
		TAC de cerebro (en caso de sospecha clínica de complicación neurológica)	1	
		Ecodoppler fetal	1 cada 3 a 7 días	
		Ecografía obstétrica	1 cada 14 días	
		Monitoreo fetal ante parto	1 cada 3 días	
		Monitoreo fetal intraparto	1	
		Labeltalol	Ampollas 1 a 4 x día + comprimidos cada 6-12 hs	
		Nifedipina	Comprimidos cada 6-12 hs	
		Sulfato de Magnesio	Bolo 4 ampollas de 5 ml + 16 ampollas de mantenimiento en 24 hs	
		Corticoides para maduración pulmonar fetal en embarazos de 24 a 34 semanas	Betametasona 12 mg (amp) cada 24 hs, total 2	
		Médico cardiólogo		
		Médico terapeuta		

Medicinas	Medidas	Indicaciones	Frecuencia de utilización	Días de estancia
		Signos vitales	c/ 6 hs	5 días en sala común
		Control de Frecuencia Cardíaca Fetal y materna	c/ 6 hs	
		Control dinámica uterina	c/ 6 hs	
		Control vitalidad fetal - Mov fetales	c/ 6 hs	
		Hemograma	1	
		Uremia	1	
		Glucemia	1	
		Hepatograma	1	
		Sedimento urinario	1	
		Urocultivo	1	
		Cultivo de flujo cervicovaginal	1	
		Cultivo para SGB	1	
		Ecografía transvaginal	1	
		Ecografía obstétrica	1	
		Monitoreo fetal ante parto (a partir de 32 sem)	1 por semana	
		Drogas uteroinhibidoras	Ritodina - Hexoprenalina - Isoxuprina (amp) Indometacina (comp) en menzras a 32 sem	
		Corticoides para maduración pulmonar fetal en embarazos menores de 34 semanas	Betametasona (amp 12 mg/ dia) : 2 dos	
		Antibióticos	Penicilina G sódica (ampollas) o Ampicilina (ampollas) + Azitromicina (comp)	
		Electrocardiograma c/ evaluación cardiológica	1	

Medicinas	Medidas	Indicaciones	Frecuencia de utilización	Días de estancia
		Examen detallado de vagina cervix y perine	1	CON HISTERECTOMIA 7 DÍAS (3 EN UTI Y 4 EN SALA) SIN HISTERECTOMIA 4 DÍAS EN SALA
		Control de Frecuencia Cardíaca	1	
		Control de Tensión arterial	Cada 6 hs	
		Palpación uterina	2	
		Evaluación clínica	1	
		Evaluación hemodinámica	1	
		Hemograma con recuento de plaquetas	Cada 12 hs	
		Colelograma	1	
		Grupo y factor	1	
		TGO-TGP	1	
		LDH	1	
		Uremia	1	
		Creatinina	1	
		Hemoglobino	1	
		Productos de degradación del fibrinógeno (PDF)	Cada 12 hs	
		Transfusión de Glob Rojos, Plaquetas y otros hemoderivados	A demanda	
		Masaje uterino		
		Compresión bimanual del útero		
	Anomalia de la contractilidad	Drogas ocitócicas: Oxitocina, Metilergonovina, Carbeterolina	Oxitocina hasta 60 UI (Amp)- Metilergonovina 0.2 mg; hasta 5 amp- Jda Carbeterolina (amp) Dosis única	
	Traumáticas	Quirúrgico - Conservador - Sufuras - Hemostáticas - Histerectomía subtotal o total	1	
	Retención de productos de la gestación	Tratamiento - Reparación quirúrgica de los desgarros	1	
		Administración de ATB	Cefazolina / Cefotaxima : 1g Ev pre y post intervención	
		Ramoción manual Alumbriamiento manual, Raspado uterino	1	
	Cosulopatías	Tratamiento - Transfusión de Plaquetas y otros hemoderivados	según necesidad	

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.

Medio	Definición	Medios	Medios	Días cubiertos
Diabetes Gestacional sin requerimiento de insulina NIVEL DE COMPLEJIDAD DEL EFECTOR 1 y 2	INTERVENCIÓN CÓDIGO DE PRESTACIÓN: IT 609	Signos vitales	c/6 hs	7 días en sala
		Control TA	c/6 hs	
		Control vitalidad fetal	c/6 hs	
		Control dinámica uterina	c/6 hs	
		Control de Glucemias	pre y post prandiales	
		Hemograma	1	
		Glucemia (tiras reactivas)	6 x día	
		Urocultivo	1	
		Ecografía obstétrica	1 (hasta 34 semanas (valoración peso f...))	
		Monitoreo fetal ante parto	1 x semana sin insulina- 1 cada 72 hs con insulino terapia a partir de 32 sem	

Medio	Definición	Medios	Medios	Días cubiertos
Diabetes Gestacional con requerimiento de insulina NIVEL DE COMPLEJIDAD DEL EFECTOR 2	INTERVENCIÓN CÓDIGO DE PRESTACIÓN: IT 609	Signos vitales	c/6 hs	7 días en sala
		Control TA	c/6 hs	
		Control vitalidad fetal	c/6 hs	
		Control dinámica uterina	c/6 hs	
		Control de Glucemias	pre y post prandiales	
		Hemograma	1	
		Glucemia (tiras reactivas)	6 x día	
		Urocultivo	1	
		Ecografía obstétrica	1 (hasta 34 semanas (valoración peso f...))	
		Monitoreo fetal ante parto	1 x semana sin insulina- 1 cada 72 hs con insulino terapia a partir de 32 sem	
Insulino terapia	Cada 12 hs			

Fondo de sala NIVEL DE COMPLEJIDAD DEL EFECTOR 2	Diabetes Gestacional CÓDIGO DE PRESTACIÓN: IT 609	Control	TA, edemas, dinámica uterina, FCF	1
		Laboratorio	Control de glucemias pre y post prandial	6 determinaciones
		Imágenes	Hemograma, Ac úrico, Creatinina, Proteínuria 24 hs o por tiras	1
		Prácticas	Ecografía obstétrica	1
		Prácticas	Monitoreo fetal (en mayores 32 sem)	1
	Asistencia en embarazo CÓDIGO DE PRESTACIÓN: IT 601	Control	TA, edemas, dinámica uterina, FCF	1
		Imágenes	Ecografía obstétrica	1
		Laboratorio	Ecodoppler	1
		Prácticas	Hemograma con rto plaquetas, hepatoograma, ac úrico, creatinina, Uremia, KPTT, T ^o protrombina, Proteínuria por tira, Proteínuria 24 hs	1
		Prácticas	Monitoreo fetal (en mayores 32 sem)	1
Restricción del crecimiento fetal por esta gestación CÓDIGO DE PRESTACIÓN: IT 601	Imágenes	Ecografía Obstétrica	1	
	Laboratorio	Eco Doppler	1 (embarazos > 32 semanas)	
	Prácticas	Hemograma con RTo plaquetas, hepatoograma, ac úrico, creatinina, Uremia, KPTT, T ^o protrombina, Proteínuria por tira, Proteínuria 24 hs	1	
	Control	Monitoreo Fetal	1	
	Control	TA, edemas, dinámica uterina, Altura Uterina, FCF	1	

Fondo de sala NIVEL DE COMPLEJIDAD DEL EFECTOR 2	Diabetes Gestacional con requerimiento de insulina dependiente CÓDIGO DE PRESTACIÓN: IT 609	Control	TA, edemas, dinámica uterina, FCF	1
		Laboratorio	Control de glucemias pre y post prandial	6 determinaciones
		Imágenes	Hemograma, Ac úrico, Creatinina, Proteínuria 24 hs o por tiras	1
		Prácticas	Ecografía obstétrica	1
		Prácticas	Monitoreo fetal (en mayores 32 sem)	1
	Asistencia en embarazo con insulina dependiente CÓDIGO DE PRESTACIÓN: IT 601	Control	TA, edemas, dinámica uterina, FCF	1
		Imágenes	Ecografía obstétrica	1
		Laboratorio	Ecodoppler	1
		Prácticas	Hemograma con rto plaquetas, hepatoograma, ac úrico, creatinina, Uremia, KPTT, T ^o protrombina, Proteínuria por tira, Proteínuria 24 hs	1
		Prácticas	Monitoreo fetal (en mayores 32 sem)	1
Control	EKG	1		

NOMENCLADOR OBSTETRICIA ALTO RIESGO - TRASLADO

Medio	Definición	Medios
Fondo de sala NIVEL DE COMPLEJIDAD DEL EFECTOR 2	Asistencia en traslado con insulina dependiente NIVEL DE COMPLEJIDAD: TODOS LOS NIVELES	Compensación de la paciente
		Accesos venosos
		Soporte respiratorio
		Medicación
		Ambulancia equipada adecuadamente. Traslado aéreo, si corresponde
		Médico y enfermero capacitados en este tipo de pacientes
		Historia clínica completa

*Dxx: CODIFICACION CIE10 PATOLOGÍAS LÍNEAS DE CUIDADO EMBARAZO ALTO RIESGO

MY

Internación

Hipertension	
HIPERTENSION ESENCIAL PREEXISTENTE QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	010.0
HIPERTENSION SECUNDARIA PREEXISTENTE QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	010.4
HIPERTENSION PREVIA CON PROTEINURIA SOBREGREGADA	011
PREECLAMPSIA MODERADA Y SEVERA	014
ECLAMPSIA EN EL EMBARAZO	016
Amenaza de Parto Prematuro	
AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)	P05
FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LAS 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACION	047
Hemorragia post parto	
HEMORRAGIA DEL TERCER PERIODO DEL PARTO	072
OTRAS HEMORRAGIAS POSTPARTO INMEDIATAS	072.1
HEMORRAGIA POSTPARTO SECUNDARIA O TARDIA	072.2
Retardo de Crecimiento Intrauterino	
RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO	098.4
Diabetes Gestacional	
DIABETES MELLITUS QUE SE ORIGINA CON EL EMBARAZO	024.4

Ambulatorio

Hipertension	
HIPERTENSION ESENCIAL PREEXISTENTE QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	010.0
HIPERTENSION SECUNDARIA PREEXISTENTE QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	010.4
HIPERTENSION TRANSITORIA DEL EMBARAZO	016
Amenaza de Parto Prematuro	
AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)	P05
FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LAS 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACION	047
Hemorragia post parto	
OTRAS HEMORRAGIAS POSTPARTO INMEDIATAS	072.1
HEMORRAGIA POSTPARTO SECUNDARIA O TARDIA	072.2
Diabetes Gestacional	
DIABETES MELLITUS QUE SE ORIGINA CON EL EMBARAZO	024.4

Hospital de Dia

Retardo de Crecimiento Intrauterino	
RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO	098.4
Diabetes Gestacional	
DIABETES MELLITUS QUE SE ORIGINA CON EL EMBARAZO	024.4
Hipertension	
HIPERTENSION TRANSITORIA DEL EMBARAZO	016
HIPERTENSION ESENCIAL PREEXISTENTE QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	010.0
HIPERTENSION SECUNDARIA PREEXISTENTE QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	010.4

Notificación de Factores de Riesgo

SUPERVISION DE EMBARAZO CON HISTORIA DE ESTERILIDAD	235.0
SUPERVISION DE EMBARAZO CON HISTORIA DE ABORTO	235.1
SUPERVISION EMBARAZO OTRO RIESGO EN HISTORIA OBSTETRICA O REPRODUCTIVA	235.2
SUPERVISION DE EMBARAZO CON HISTORIA DE INSUFICIENTE ATENCION PRENATAL	235.3
SUPERVISION DE EMBARAZO CON GRAN MULTIPARIDAD	235.4
SUPERVISION DE PRIMERIZAS ANOSAS	235.5
SUPERVISION DE PRIMIGENAS MUY JOVEN	235.6
SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO DEBIDO A PROBLEMAS SOCIALES	235.7
SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	235.8
SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	235.9

Referencia por embarazo de alto riesgo de Nivel 2 ó 3 a niveles de complejidad superiores

Hipertension	
HIPERTENSION ESENCIAL PREEXISTENTE QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	010.0
HIPERTENSION SECUNDARIA PREEXISTENTE QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	010.4
HIPERTENSION PREVIA CON PROTEINURIA SOBREGREGADA	011
PREECLAMPSIA MODERADA Y SEVERA	014
ECLAMPSIA EN EL EMBARAZO	016
HIPERTENSION TRANSITORIA DEL EMBARAZO	016
Diabetes Gestacional	
DIABETES MELLITUS QUE SE ORIGINA CON EL EMBARAZO	024.4
Amenaza de Parto Prematuro	
AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)	P05
FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LAS 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACION	047
HEMORRAGIA DEL TERCER PERIODO DEL PARTO	072
OTRAS HEMORRAGIAS POSTPARTO INMEDIATAS	072.1
HEMORRAGIA POSTPARTO SECUNDARIA O TARDIA	072.2
Retardo de Crecimiento Intrauterino	
RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO	098.4

Traslado

Hipertension	
HIPERTENSION ESENCIAL PREEXISTENTE QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	010.0
HIPERTENSION SECUNDARIA PREEXISTENTE QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	010.4
HIPERTENSION PREVIA CON PROTEINURIA SOBREGREGADA	011
PREECLAMPSIA MODERADA Y SEVERA	014
ECLAMPSIA EN EL EMBARAZO	016
HIPERTENSION TRANSITORIA DEL EMBARAZO	016
Diabetes Gestacional	
DIABETES MELLITUS QUE SE ORIGINA CON EL EMBARAZO	024.4
Amenaza de Parto Prematuro	
AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)	P05
FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LAS 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACION	047
HEMORRAGIA DEL TERCER PERIODO DEL PARTO	072
OTRAS HEMORRAGIAS POSTPARTO INMEDIATAS	072.1
HEMORRAGIA POSTPARTO SECUNDARIA O TARDIA	072.2
Retardo de Crecimiento Intrauterino	
RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO	098.4
Malformaciones congénitas	
ATRESIA DE ESÓFAGO SIN MENCIÓN DE FISTULA	Q39.0
ATRESIA DE ESÓFAGO CON MENCIÓN DE FISTULA	Q39.1
FISTULA TRAQUEOESOFÁGICA CONGÉNITA SIN MENCIÓN DE ATRESIA	Q39.2
GASTROQUISIS	Q75.3
AUSENCIA, ATRESIA Y ESTENOSIS CONGÉNITA DEL INTESTINO DELGADO	Q41
AUSENCIA, ATRESIA Y ESTENOSIS CONGÉNITA DEL INTESTINO GRUESO	Q42
ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG	Q43.1
MALFORMACION CONGÉNITA DE MALFUJACION DEL INTESTINO	Q43.3
DUPLICACION DEL INTESTINO	Q43.4
AUSENCIA, ATRESIA Y ESTENOSIS CONGÉNITA DEL RECTO CON FISTULA	Q42.0
AUSENCIA, ATRESIA Y ESTENOSIS CONGÉNITA DEL RECTO SIN FISTULA	Q42.1
AUSENCIA, ATRESIA Y ESTENOSIS CONGÉNITA DEL ANO SIN FISTULA	Q42.2
AUSENCIA, ATRESIA Y ESTENOSIS CONGÉNITA DEL ANO CON FISTULA	Q42.3
HIPOCEFALO CONGÉNITO	Q02
ESPINIA BIFIDA	Q05

M

[Handwritten signature]

Módulo	Iniciación	1 día de estado en UTI neonatal	Cierre de ficha (si corresponde)	8 días de estado en UTI neonatal (con o sin ARM)	10 días de estado en CUARDIOS INTERMEDIOS	Días Totales	REPORTES
<p>Alta de neonatos</p> <p>Completar los formularios de alta de neonatos</p> <p>REPORTE DE ALTA DE NEONATO</p> <p>Completar los formularios de alta de neonatos</p>	<p>Estudios imagenológicos simples y contrastados</p> <p>Estabilización clínica del paciente</p> <p>Laboratorio: hemograma, EAB, ionograma, uremia, glucemia, coagulograma, grupo sanguíneo, cultivos.</p> <p>Pregio quirúrgico, consulta cardiología, ECO, ecocardiografía (si corresponde)</p> <p>Evaluación pre-anestésica</p>	<p>Diagnóstico de la causa (si corresponde)</p> <p>Gastroentero (si corresponde)</p> <p>Anestesia (si corresponde)</p> <p>Drenaje extrapleural con pleurovaco o similar (si corresponde)</p> <p>Cefaleo venoso central</p> <p>Sonda de aspiración continua apéndice</p> <p>Anestesia</p>	<p>Hidratación parental</p> <p>Sangre, exámenes, si corresponde</p> <p>Nutrición parenteral</p> <p>Drogas vasodilatadoras, si corresponden</p> <p>Dopamina, dobutamina, otras</p> <p>Antibióticos, si corresponden</p> <p>Laboratorio: radiografía, ecografía (ver módulo de ARM), requerimiento de ARM</p>	<p>Incubadora</p> <p>NPT</p> <p>ATB</p> <p>Laboratorio: radiografía, ecografía</p>	<p>16 días de internación</p>	<p>Parte quirúrgico</p> <p>Reporte de neonatología al finalizar el módulo (16 días de internación o fallecimiento o alta del paciente)</p>	
<p>Alta de neonatos</p> <p>Completar los formularios de alta de neonatos</p> <p>REPORTE DE ALTA DE NEONATO</p> <p>Completar los formularios de alta de neonatos</p>	<p>Estudios imagenológicos simples y contrastados</p> <p>Estabilización clínica del paciente</p> <p>Laboratorio: hemograma, EAB, ionograma, uremia, glucemia, coagulograma, grupo sanguíneo, cultivos.</p> <p>Pregio quirúrgico, consulta cardiología, ECO, ecocardiografía (si corresponde)</p> <p>Evaluación pre-anestésica</p>	<p>Diagnóstico de la causa (si corresponde)</p> <p>Gastroentero (si corresponde)</p> <p>Anestesia (si corresponde)</p> <p>Drenaje extrapleural con pleurovaco o similar (si corresponde)</p> <p>Cefaleo venoso central</p> <p>Sonda de aspiración continua apéndice</p> <p>Anestesia</p>	<p>Hidratación parental</p> <p>Sangre, exámenes, si corresponde</p> <p>Nutrición parenteral</p> <p>Drogas vasodilatadoras, si corresponden</p> <p>Dopamina, dobutamina, otras</p> <p>Antibióticos, si corresponden</p> <p>Laboratorio: radiografía, ecografía (ver módulo de ARM), requerimiento de ARM</p>	<p>Incubadora</p> <p>NPT</p> <p>ATB</p> <p>Laboratorio: radiografía, ecografía</p>	<p>16 días de internación</p>	<p>Parte quirúrgico</p> <p>Reporte de neonatología al finalizar el módulo (16 días de internación o fallecimiento o alta del paciente)</p>	
<p>Alta de neonatos</p> <p>Completar los formularios de alta de neonatos</p> <p>REPORTE DE ALTA DE NEONATO</p> <p>Completar los formularios de alta de neonatos</p>	<p>Estudios imagenológicos simples y contrastados</p> <p>Estabilización clínica del paciente</p> <p>Laboratorio: hemograma, EAB, ionograma, uremia, glucemia, coagulograma, grupo sanguíneo, cultivos.</p> <p>Pregio quirúrgico, consulta cardiología, ECO, ecocardiografía (si corresponde)</p> <p>Evaluación pre-anestésica</p>	<p>Diagnóstico de la causa (si corresponde)</p> <p>Gastroentero (si corresponde)</p> <p>Anestesia (si corresponde)</p> <p>Drenaje extrapleural con pleurovaco o similar (si corresponde)</p> <p>Cefaleo venoso central</p> <p>Sonda de aspiración continua apéndice</p> <p>Anestesia</p>	<p>Hidratación parental</p> <p>Sangre, exámenes, si corresponde</p> <p>Nutrición parenteral</p> <p>Drogas vasodilatadoras, si corresponden</p> <p>Dopamina, dobutamina, otras</p> <p>Antibióticos, si corresponden</p> <p>Laboratorio: radiografía, ecografía (ver módulo de ARM), requerimiento de ARM</p>	<p>Incubadora</p> <p>NPT</p> <p>ATB</p> <p>Laboratorio: radiografía, ecografía</p>	<p>16 días de internación</p>	<p>Parte quirúrgico</p> <p>Reporte de neonatología al finalizar el módulo (16 días de internación o fallecimiento o alta del paciente)</p>	

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]



[Handwritten signature]

Objetivo	Medios	Controles	Medidas preventivas	Medidas correctivas	Medidas de contingencia	Respuestas
<p>1 día de estadía en UTI neonatal</p> <p>Estudios imagenológicos simples y contrastados</p> <p>Laboratorio hemograma, EAB, electrolitos, coagulograma, grupo sanguíneo, cultivos.</p> <p>Riesgo quirúrgico, consulta cardiológica, ECG, ecocardiografía (si corresponde)</p> <p>Evaluación pre-anestésica</p>	<p>Defensas</p> <p>Medidas de Asistencia Hospitalaria (MASH) - Nutrición, Saneamiento, Seguridad, Infecciones</p> <p>Medidas de Contingencia (MASH) - Riesgo quirúrgico, Riesgo de infección, Complicaciones obstétricas, Efectos adversos</p>	<p>Cruja correcta</p> <p>Coaxialidad</p> <p>Cierre de falda</p>	<p>3 días de estadía en UTI neonatal</p> <p>Hidratación parenteral</p> <p>Sangre, exámenes, si corresponden</p> <p>Nutrición parenteral durante internación</p> <p>UTI</p> <p>Drogas vasopresoras, si corresponden</p> <p>Dopamina, dobutamina, otros</p> <p>Antibióticos, si corresponden</p> <p>Laboratorio, radiología, ecografía</p>	<p>2 días de estadía en CUARDOS INTERMEDIOS</p> <p>Incubadora</p> <p>NPT</p> <p>ATB</p> <p>Laboratorio radiología, ecografía</p>	<p>8 días de estadía en UTI neonatal</p>	<p>Historia Clínica de ingreso a la UTI</p> <p>Parte quirúrgica</p> <p>Reporte de neonatología al finalizar el módulo (o derivación al laboratorio o fallecimiento o derivación del paciente)</p>

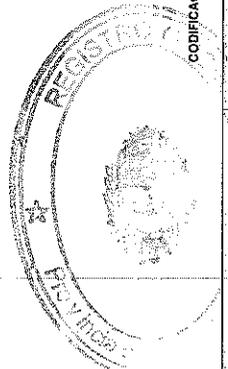
Objetivo	Medios	Controles	Medidas preventivas	Medidas correctivas	Medidas de contingencia	Respuestas
<p>1 día de estadía en UTI neonatal</p> <p>Estudios imagenológicos simples y contrastados</p> <p>Estabilización clínica del paciente</p> <p>Riesgo quirúrgico, consulta cardiológica, ECG, ecocardiografía (si corresponde)</p> <p>Evaluación pre-anestésica</p>	<p>Defensas</p> <p>Medidas de Asistencia Hospitalaria (MASH) - Nutrición, Saneamiento, Seguridad, Infecciones</p> <p>Medidas de Contingencia (MASH) - Riesgo quirúrgico, Riesgo de infección, Complicaciones obstétricas, Efectos adversos</p>	<p>Cruja reanadora del defecto</p>	<p>2 días de estadía en UTI neonatal</p> <p>Hidratación parenteral</p> <p>Sangre, exámenes, si corresponden</p> <p>Antibióticos, si corresponden</p> <p>Drogas vasopresoras, si corresponden</p> <p>Dopamina, dobutamina, otros</p> <p>Laboratorio, radiología, ecografía</p> <p>(ver módulo de estadía con requerim. De ARM)</p>	<p>7 días de estadía en CUARDOS INTERMEDIOS</p> <p>Incubadora</p> <p>NPT</p> <p>ATB</p> <p>Laboratorio radiología, ecografía</p>	<p>10 días de estadía en UTI neonatal</p>	<p>Historia Clínica de ingreso a la UTI</p> <p>Parte quirúrgica</p> <p>Reporte de neonatología al finalizar el módulo (o derivación al laboratorio o fallecimiento o derivación del paciente)</p>

Objetivo	Medios	Controles	Medidas preventivas	Medidas correctivas	Medidas de contingencia	Respuestas
<p>1 día de estadía en UTI neonatal</p> <p>Estudios imagenológicos simples y contrastados</p> <p>Estabilización clínica del paciente</p> <p>Evaluación pre-anestésica</p>	<p>Defensas</p> <p>Medidas de Asistencia Hospitalaria (MASH) - Nutrición, Saneamiento, Seguridad, Infecciones</p> <p>Medidas de Contingencia (MASH) - Riesgo quirúrgico, Riesgo de infección, Complicaciones obstétricas, Efectos adversos</p>	<p>Derivación ventrículo peritoneal</p>	<p>4 días de estadía en UTI neonatal (con o sin ARM)</p> <p>Hidratación parenteral</p> <p>Sangre, exámenes, si corresponden</p> <p>Antibióticos, si corresponden</p> <p>Laboratorio, radiología, ecografía</p> <p>(ver módulo de RNPT con requerim. De ARM)</p> <p>Drogas vasopresoras, si corresponden</p> <p>Dopamina, dobutamina, otros</p>	<p>7 días de estadía en CUARDOS INTERMEDIOS</p> <p>Incubadora</p> <p>NPT</p> <p>ATB</p> <p>Laboratorio radiología, ecografía</p>	<p>10 días de estadía en UTI neonatal</p>	<p>Historia Clínica de ingreso a la UTI</p> <p>Parte quirúrgica</p> <p>Reporte de neonatología al finalizar el módulo (o derivación al laboratorio o fallecimiento o derivación del paciente)</p>

[Handwritten mark]

CODIFICACION CIE10 PATOLOGIAS LINEAS DE CUIDADO PRETERMINOS Y CIRUGIA NEONATAL

PATOLOGIA NEONATAL QUIRURGICA	SEGUIMIENTO AMBULATORIO POST-ALTA DEL RN DE ALTO RIESGO		TRASLADOS		PATOLOGIA NEONATAL - PREMATUREZ	
	Q39.0	Q39.1	Q39.0	Q39.1	Peso extremadamente bajo al nacer	P07.0
Afresca de esófago sin mención de fistula	Q39.0	Afresca de esófago sin mención de fistula	Q39.0	Afresca de esófago sin mención de fistula	Q39.0	
Afresca de esófago con mención de fistula	Q39.1	Afresca de esófago con mención de fistula	Q39.1	Afresca de esófago con mención de fistula	Q39.1	P07.2
Fistula traqueo-esofágica congénita sin mención de afresca	Q39.2	Fistula traqueo-esofágica congénita sin mención de afresca	Q39.2	Fistula traqueo-esofágica congénita sin mención de afresca	Q39.2	
Gastroquiles	Q39.3	Gastroquiles	Q39.3	Gastroquiles	Q39.3	
Ausencia, afresca y estenosis congénita del intestino delgado	Q41	Ausencia, afresca y estenosis congénita del intestino delgado	Q41	Ausencia, afresca y estenosis congénita del intestino delgado	Q41	
Ausencia, afresca y estenosis congénita del intestino grueso	Q42	Ausencia, afresca y estenosis congénita del intestino grueso	Q42	Ausencia, afresca y estenosis congénita del intestino grueso	Q42	
Malformación congénita de mal fijación del intestino	Q43.3	Malformación congénita de mal fijación del intestino	Q43.3	Malformación congénita de mal fijación del intestino	Q43.3	
Duplicación del intestino	Q43.4	Duplicación del intestino	Q43.4	Duplicación del intestino	Q43.4	
Ausencia, afresca y estenosis congénita del recto con fistula	Q42.0	Ausencia, afresca y estenosis congénita del recto con fistula	Q42.0	Ausencia, afresca y estenosis congénita del recto con fistula	Q42.0	
Ausencia, afresca y estenosis congénita del recto sin fistula	Q42.1	Ausencia, afresca y estenosis congénita del recto sin fistula	Q42.1	Ausencia, afresca y estenosis congénita del recto sin fistula	Q42.1	
Ausencia, afresca y estenosis congénita del ano sin fistula	Q42.2	Ausencia, afresca y estenosis congénita del ano sin fistula	Q42.2	Ausencia, afresca y estenosis congénita del ano sin fistula	Q42.2	
Ausencia, afresca y estenosis congénita del ano con fistula	Q42.3	Ausencia, afresca y estenosis congénita del ano con fistula	Q42.3	Ausencia, afresca y estenosis congénita del ano con fistula	Q42.3	
Hidrocefalo congénito	Q03	Hidrocefalo congénito	Q03	Hidrocefalo congénito	Q03	
Espina bífida	Q05	Espina bífida	Q05	Espina bífida	Q05	
Peso extremadamente bajo al nacer	P07.0	Peso extremadamente bajo al nacer	P07.0	Peso extremadamente bajo al nacer	P07.0	
Imaturidad extrema	P07.2	Imaturidad extrema	P07.2	Imaturidad extrema	P07.2	

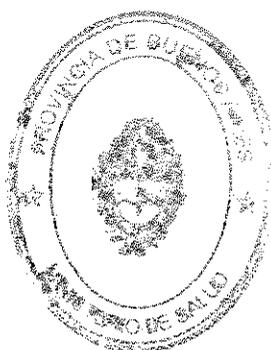


Handwritten signatures and initials in black ink at the bottom left of the page.

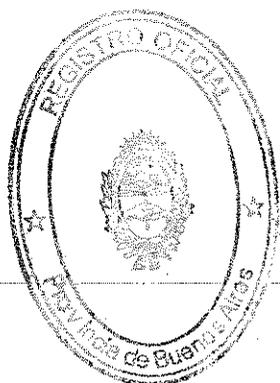
Handwritten initials 'MY' in black ink at the bottom right of the page.

APENDICE C

Compromiso Anual



W



[Handwritten signature]

Apéndice C – Convenio Marco

COMPROMISO ANUAL

ANTECEDENTES

Teniendo en cuenta:

- Que con fecha [.....] la Provincia de [.....] ha suscripto con el Ministerio de Salud de la Nación un Convenio Marco orientado a la implementación de un Seguro Público Provincial de Salud (SPS), en el marco del Programa de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud.
- Que de conformidad a lo establecido en el Convenio Marco, las partes deben suscribir un Compromiso Anual que contenga las acciones, metas y resultados previstos para el ejercicio.

El Ministerio de Salud de la Nación a través de la UEC, por una parte, representado por [.....], en adelante la UEC y por la otra, el Ministerio de Salud de la Provincia de [.....], a través de la UGSP, representado por [.....], en adelante la UGSP, acuerdan el siguiente COMPROMISO ANUAL para el año [.....].

Artículo 1: En relación a las trazadoras del Programa, los umbrales y metas máximas establecidas para el 1° cuatrimestre del año [.....] son las que a continuación se detallan:

[.....]

Previo al inicio del segundo y tercer cuatrimestre del año, la UEC informará a la provincia los umbrales y metas máximas previstas para cada período.

Artículo 2: La provincia informará cuatrimestralmente a la UEC los resultados alcanzados en relación a las trazadoras, dentro del plazo previsto en el Reglamento Operativo del Programa. Estos resultados serán auditados y verificados por la UEC y por la Auditoría Externa Concurrente y servirán de base para la determinación de la transferencia complementaria tal como se establece en la Cláusula [.....] del Convenio Marco.

Artículo 3: La UGSP se compromete a poner en ejecución las acciones comprometidas, como así también las que resulten razonables para el alcance de las metas acordadas y que conforman el Plan de Acción Anual (que se acompaña al presente como Adjunto I), el cual incluye:

- A. Plan de Inscripción de población elegible.
- B. Plan de mejora para el desempeño sanitario medido por trazadoras.
- C. Plan Estratégico de Comunicación.
- D. El Plan con Poblaciones Indígenas (para aquellas provincias que activan la OP 4.10 del Manual Operativo del Proyecto).



Handwritten signatures and initials. On the left, a large signature that appears to be 'SO'. To its right, the initials 'GM' are written above a circular scribble or signature.

Artículo 4: La UGSP y la UEC acuerdan que los requerimientos para el año en materia de asistencia técnica y capacitación, son los que se describen en el Plan Estratégico de Asistencia Técnica y Capacitación que se acompañan en el Adjunto 2.

Artículo 5: La UGSP y la UEC acuerdan que la valorización de las prestaciones del Nomenclador del Proyecto es la que anexa como Adjunto 3 al presente documento.

Artículo 6: El Cronograma de elaboración y distribución de reportes técnicos elaborados por la UGSP, es el que se define como Adjunto 4.

Artículo 7: El costo total anual a nivel provincial por la provisión de los servicios de salud incluidos en el Nomenclador del programa es el que se acompaña como Adjunto 5.

Artículo 8: La UGSP se compromete a remitir a la UEC toda la información que le sea requerida en el marco de la supervisión de éste Compromiso Anual, como asimismo, a facilitar las acciones de verificación y evaluación *in situ que defina como necesarias la UEC*, la Auditoría Externa Concurrente y la Auditoría Financiera.

Artículo 9: La UEC efectuará regularmente el monitoreo del cumplimiento del presente Compromiso Anual e informará a la UGSP acerca de riesgos de desvíos de las metas acordadas y sobre posibles cursos de acción correctivos.

Artículo 10: Este Compromiso Anual estará vigente desde (.....) hasta el [.....].

En prueba de conformidad, las partes suscriben dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto a los (...) días de (....) de (....).

M

POR LA PROVINCIA

POR LA NACIÓN

A

c) Plan Estratégico de Comunicación.

El presente documento deberá incluir un diagnóstico y matriz Foda, identificar públicos destinatarios, objetivos, actividades, metas, cronograma y evaluación del mismo.

d) Plan con Poblaciones Indígenas.

El Plan con Poblaciones Indígenas para aquellas provincias que activan la OP 4.10 del Manual Operativo del Proyecto, deberá ser elaborado en función de las pautas determinadas por la UEC y deberá incluir una estimación de costos para la ejecución del mismo.

Adjunto 2 al Compromiso Anual.

Plan Estratégico de Asistencia Técnica y Capacitación.

El Plan Estratégico de Asistencia Técnica y Capacitación será incluido en una matriz que deberá detallar las metas y objetivos, las problemáticas diagnosticadas, la posible solución las mismas, el nombre del proyecto, los requerimientos para llevarlo a cabo, y por último el producto esperado en el marco del mismo.

Adjunto 3 al Compromiso Anual.

Nomenclador Valorizado.

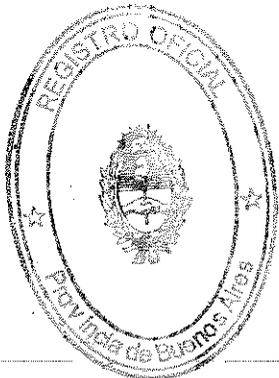
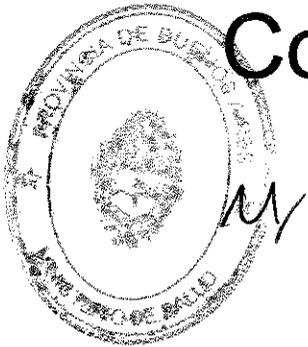
Deberá incluirse el Nomenclador Valorizado teniendo en cuenta las pautas establecidas en el Reglamento Operativo del Proyecto.

M

Q

APENDICE D

Condiciones de Admisibilidad



Handwritten signatures and initials, including a large signature and a smaller one below it.

Programa de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud

Condiciones de ingreso para las provincias participantes del Plan Nacer - Fase II

Introducción

El gobierno argentino ha iniciado una estrategia de búsqueda de resultados en salud para la población argentina mediante el proceso de aseguramiento a una población específica en relación a un conjunto de prácticas priorizadas. Un aspecto distintivo de esta estrategia consistió en diseñar un modelo de financiamiento de esas prácticas orientado a la generación de resultados sanitarios, y el primer paso estratégico en esta dirección se dió mediante la implementación del Plan Nacer, garantizando a través del **Seguro Materno Infantil Provincial (SMIP)** un conjunto de cuidados de la embarazada y del niño hasta seis años sin cobertura explícita de salud. Los resultados obtenidos hasta el presente motivaron que el Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios de Salud Provinciales se propongan avanzar en esa estrategia de "financiamiento basado en resultados" hacia otros grupos poblacionales y otras prácticas priorizadas.

El siguiente paso en esta dirección lo constituye el "Programa de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud". Este proyecto, prevé en su diseño para el 2011, un esquema de ampliación de la cobertura en salud hacia prácticas priorizadas para niños y jóvenes entre 6 y 20 años y mujeres hasta los 64 años, todos ellos sin obra social. El aprendizaje generado por la implementación del Plan Nacer recomienda que, a efectos de garantizar un proceso sustentable en el desarrollo de los Seguros Provinciales de Salud, solo podrían participar de esta nueva etapa las jurisdicciones que logren satisfacer los requisitos de admisibilidad que han sido identificados por el Ministerio de Salud de la Nación, y que se describen a continuación:

Se identifica la necesidad de definir dos categorías de condiciones referidas a:

- Organización del Ministerio de Salud Provincial
- Desempeño del Seguro Materno Infantil Provincial (Plan Nacer)

Indicadores y criterios de admisibilidad al "Programa de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud"

El objetivo del presente documento es exponer de manera precisa y sintética, las condiciones de admisibilidad para las provincias de la Fase II del Plan Nacer al "Proyecto de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud". Los indicadores de desempeño del Seguro Materno Infantil Provincial (SMIP) se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 1. Indicadores a evaluar del Seguro Provincial, naturaleza del cumplimiento, frecuencia de medición y responsable de Auditoría y Control

Indicador	Naturaleza del cumplimiento	Frecuencia de Medición	Responsable de Auditoría y Control
1) Desempeño en Tz. Críticas (I: VIII o IX)	Mínimo admisible	Cuatrimstral	ACE y A. Médica
2) Retribución Global en Tz.	Mínimo admisible	Cuatrimstral	ACE y A. Médica
3) Tasa de inscripción	Mínimo admisible	Mensual	ACE
4) % de Efectores Contratados	Mínimo admisible	Mensual	ACE
5) % de Efectores que Facturan	Mínimo admisible	Mensual	ACE

6) Gastado/ Transferido (Efectores)	Mínimo admisible	Mensual	ACE y A. Sup. y Monitoreo (UEC)
7) Días promedio de pago	Máximo admisible	Mensual	ACE y A. Sup. y Monitoreo (UEC)
8) Envío de Bases de Datos, Reportes utilizando SIRGE y Tablero de Control (regularmente)	Envío de Bases de Datos y Reportes en tiempo y forma	Mensual	A. Sup. y Monitoreo (UEC)
9) Cumplimiento del cronograma de Instalación de los sistemas de Inscripción y Facturación (informatización)	Instalación de los sistemas informáticos en tiempo y forma	Mensual	A. Sup. y Monitoreo (UEC)
10) Cumplimiento de la condición de co-financiamiento	Cumplimiento del co-financiamiento en tiempo y forma	Mensual	A. Supervisión y Monitoreo (UEC)

Tabla 2. Indicadores a evaluar relacionados con la organización del Ministerio de Salud Provincial

Condiciones	Definición	Naturaleza del cumplimiento
Registro Civil	Firma de convenios de trabajo conjunto	Cumple - No Cumple
Obra Social Provincial	Acuerdo de trabajo conjunto y de reciprocidad	Cumple - No Cumple
Conformación de Equipos Provinciales de referentes	Designación formal de Equipos de referentes: Prevención de Cáncer Cérvico Uterino; Adolescencia, Enfermedades Crónicas no trasmisibles; Hipoacusia; Salud Sexual y Procreación responsable.	Cumple - No Cumple
Adopción de guías de prácticas y protocolos inherentes al nuevo paquete prestacional	Aprobación formal (acto administrativo) de las guías y protocolos de atención	Cumple - No Cumple
Ampliación formal de la cobertura pública en salud del SMIP	Creación y ampliación del Seguro Provincial de Salud por Norma (Actual Seguro Materno Infantil Provincial)	Cumple - No Cumple

Regla de cumplimiento, valorización de los umbrales mínimos y definiciones operativas

Es importante destacar que los indicadores han sido seleccionados para medir la capacidad de gerenciamiento del SMIP y de la organización de la oferta prestacional a cargo del Ministerio de Salud Provincial evaluadas en distintas dimensiones. Esto implica que las condiciones deberán ser cumplidas de manera integral para reflejar un mínimo admisible en torno a los desafíos que representa esta nueva etapa del Plan Nacer.

En consideración a lo expuesto, se define la siguiente regla general:

M

SA

Para el ingreso efectivo de una Provincia al "Proyecto de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud", los 15 indicadores de admisibilidad **deben satisfacerse en su totalidad**. Como **excepción** podrá incumplirse 1 única condición de ingreso referida al Seguro Provincial. Este incumplimiento en ningún caso podrá encontrarse fuera del desvío admisible previsto.

Seguidamente, se exponen los valores mínimos establecidos para cada indicador relacionado al desempeño del Seguro Provincial.

Tabla 3. Indicadores de desempeño del SMIP y criterios de admisibilidad

Indicador	Criterios de Admisibilidad	Desvío admisible ¹
1) Desempeño en Tz. Críticas (I; VIII ó IX)	Retribución mayor o igual al 2% en al menos 1 trazadora	0%
2) Retribución Global en Tz.	Retribución Global mayor o igual al 20% ; ó 15% conjuntamente con un crecimiento mínimo de 1 punto porcentual promedio por cuatrimestre, tomando como base la retribución alcanzada en el primer cuatrimestre de 2010. ²	0%
3) Tasa de inscripción	Tasa de inscripción mayor o igual al 55%	5 p.p
4) % de Efectores Contratados	% de efectores con convenio mayor o igual a 60%	5 p.p
5) % de Efectores que Facturan	% de efectores que facturan mayor o igual a 50%	5 p.p
6) Gastado, aplicado y/o rendido/ Transferido (Efectores)	Nivel de Ejecución de fondos mayor o igual al 50%	5 p.p
7) Días promedio de pago	Los días de pago promedio a efectores no deben exceder los 50 días	Ver definición operativa (B*)
8) Envío de Bases de Datos, Reportes utilizando SIRGE y Tablero de Control (regularmente)	Envío de Bases de Datos y Reportes en <u>tiempo y forma</u>	-----
9) Cumplimiento del cronograma de Instalación de los sistemas de Inscripción y Facturación (informatización)	Instalación de los sistemas informáticos en <u>tiempo y forma</u>	-----
10) Cumplimiento de la condición de co-financiamiento	Cumplimiento del co-financiamiento en <u>tiempo y forma</u>	-----

A continuación se detallan las definiciones operativas de los indicadores a ser evaluados bajo el esquema de cumplimiento y los criterios de admisibilidad presentados en la Tabla 3.

¹ El desvío máximo admisible se mide en puntos porcentuales.

² En caso de que la fecha de efectividad del préstamo se retrase significativamente respecto de lo esperable (junio - julio 2011), la fecha base para la medición del progreso será revisada por la UEC.

Tabla 4. Definiciones operativas de los Indicadores. Provincias de la Fase II del Plan Nacer

Indicador	Definición operativa
1) Desempeño en Tz. Críticas (I; VIII ó IX)	La meta alcanzada en al menos una de las siguientes trazadoras I; VIII ó IX, no debe ser inferior al umbral que retribuye el 2% vigente al momento de la evaluación. El periodo evaluado será el último cuatrimestre <u>auditado</u> previo a la fecha de puesta en marcha del programa.
2) Retribución Global en Tz.	La Retribución Global alcanzada en trazadoras no debe ser inferior a 20%. La medición será realizada en el último cuatrimestre previo a la fecha de puesta en marcha del programa (información <u>auditada</u>). Alternativamente, la condición se considera satisfecha siempre que alcance un mínimo del 15% <u>conjuntamente</u> con un crecimiento mínimo de 1 punto porcentual promedio por cuatrimestre, tomando como base la retribución alcanzada en el primer cuatrimestre de 2010. El periodo evaluado será el último cuatrimestre <u>auditado</u> previo a la fecha de puesta en marcha del programa.
3) Tasa de inscripción	La tasa de inscripción alcanzada no debe ser inferior al mínimo establecido. La medición será realizada en el mes anterior de la fecha de puesta en marcha del programa. En caso de no alcanzar el mínimo establecido en la fecha correspondiente, la performance en el indicador se considerará satisfactoria siempre que la distancia al mínimo no sea superior a 5 puntos porcentuales.
4) % de Efectores con Convenio vigente	El porcentaje de efectores con convenio vigente respecto del total de efectores integrantes de la jurisdicción no debe ser inferior al porcentaje mínimo establecido en la fecha correspondiente. La medición será realizada en el mes anterior de la fecha de puesta en marcha del programa. En caso de no alcanzar el mínimo establecido en la fecha correspondiente, la performance en el indicador se considerará satisfactoria siempre que la distancia al mínimo no sea superior a 5 puntos porcentuales <u>conjuntamente</u> con un incremento mínimo de 1 punto porcentual promedio en los últimos tres meses previos a la fecha de evaluación.
5) % de Efectores que Facturan	El porcentaje de Efectores que presentaron facturación al EPCSS respecto del total de efectores con convenio en el último trimestre evaluado no debe ser inferior al porcentaje mínimo establecido (Ej. Indicador de diciembre, los que presentaron facturación en los meses de septiembre, octubre o noviembre). El total de efectores con convenio vigente será tomado de la Tabla de Efectores enviada al Área Capitas seis meses antes a la fecha de evaluación. La medición será realizada en el mes anterior de la fecha de puesta de marcha del programa. En caso de no alcanzar el mínimo establecido en la fecha correspondiente, la performance en el indicador se considerará satisfactoria siempre que la distancia al mínimo no sea superior a 5 puntos porcentuales <u>conjuntamente</u> con un incremento mínimo de 1 punto porcentual promedio por mes en los últimos seis meses previos a su evaluación.
6) Gastado, aplicado y/o rendido/ Transferido (Efectores)	El porcentaje de importes rendidos como gastado, aplicado y/o rendido en todo concepto por los efectores, sobre el total transferido a los efectores hasta 12 meses previos a la fecha de evaluación no debe ser inferior al mínimo establecido. La medición será realizada en el mes anterior de la fecha de puesta en marcha del programa. En caso de no alcanzar el mínimo establecido en la fecha correspondiente, la performance en el indicador se considerará satisfactoria siempre que la distancia

M

B

	al mínimo no sea superior a 5 puntos porcentuales <u>conjuntamente</u> con un incremento mínimo de 1 punto porcentual promedio por bimestre en los últimos 6 meses previos a su evaluación.
7) Días promedio de pago	B*: Los días de pago promedio a efectores no deben exceder los 50 días establecidos por la norma ó bien se debe evidenciar una reducción de al menos el 50% de los días de exceso observados en los últimos 12 meses previos a la fecha de evaluación. La medición será realizada en el mes anterior de la fecha de puesta en marcha del programa.
8) Envío de Bases de Datos, Reportes utilizando SIRGE y Tablero de Control (regularmente)	i) Envío regular en tiempo (mensual) y forma de la información del Sistema Integral de Reportes de Gestión. ii) Envío del Reporte Bimestral de Uso de Fondos cuya exigencia se estableció con una comunicación vía mail enviada el día 13 de julio de 2010. iii) Envío regular en tiempo (mensual) y forma del Tablero de Control.
9) Cumplimiento del cronograma de Instalación de los sistemas de Inscripción y Facturación (informatización)	Cada jurisdicción deberá evidenciar progresos en el proceso de digitalización acordado con la Nación. Los progresos serán considerados como progresos en los siguientes indicadores: i) Efectores que facturan descentralizado/Efectores que presentan facturas. ii) Efectores que procesan inscripción / Efectores en condiciones de poder procesar inscripción.
10) Cumplimiento de la condición de cofinanciamiento	La jurisdicción no deberá tener una demora en la transferencia a la cuenta de la UGSP superior a 45 días que haya ocasionado la suspensión por parte de la Nación de las transferencias capitadas. El plazo de 45 días será calculado de acuerdo a las normas del programa vigentes.



M

