

Compromiso de Gestión

MUNICIPAL / COMUNAL

N°.....

Programa SUMAR

Préstamo BIRF 8853-AR

Glosario	
Concepto	Definición
BIRF	Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento.
Beneficiario/a con Cobertura Efectiva Básica	Serán las personas inscriptas que hayan recibido al menos una prestación de salud en un intervalo de tiempo definido por el ECP, y por las cuales el SPS podrá devengar las cápitas.
CCD	Centro Coordinador de Derivaciones.
COFESA	Consejo Federal de Salud.
Cobertura pública exclusiva de salud	Se entiende que una persona tiene cobertura pública exclusiva de salud cuando se verifica que la misma no integra el padrón de beneficiarios/as activos/as incluidos en el PUCO, mutuales y entidades aseguradoras de servicios de salud de las que se disponga los registros en forma oficial y frecuente.
Compromiso Anual	Acuerdo anual entre la Nación y una Jurisdicción Participante sobre planes de acción, metas y resultados esperados, que tiene una vigencia de un año calendario o bien un período menor en el caso de ser el primer Compromiso Anual.
Compromiso de Gestión	Contrato o Acuerdo firmado entre el MSJ y Efectores jurisdiccionales de servicios de salud que incluye las obligaciones de cada parte como así también el plan y precios de los servicios de salud que deben ser provistos por el Efector, 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 externa técnica independiente y de los equipos de supervisión y monitoreo del Programa del ECP y de las UIP.
Condiciones Técnicas vigentes	Normas técnicas y de calidad oficiales emitidas por el MSAL 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 jurisdicción 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 o conjunto de cuentas corrientes bancarias y escriturales nominadas en pesos administradas por la UIP a la cual se transfieren los montos correspondientes a las transferencias capitadas y desde donde se efectuarán los pagos a los Efectores por prestaciones del Plan de Servicios Generales de Salud brindadas a las personas beneficiarias del SPS.
DGPPSE	Dirección General de Programas y Proyectos Sectoriales y Especiales.
ECP	Equipo Coordinador del Programa, el cual opera en la órbita del MSAL. Tiene el rol de conducir técnica y operativamente la ejecución del Programa.
Efector	Establecimiento de salud de la red pública de atención.
FONAC	Fondo de Alta Complejidad.
Jurisdicción participante	Jurisdicción que ha firmado el Convenio Marco de Participación y que este se mantiene vigente. Solamente una Jurisdicción Participante puede acceder a los beneficios del Programa, siempre que haya dado cumplimiento en forma previa a las condiciones de admisibilidad.
Jurisdicción	Todas las provincias del país y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Líneas de cuidado	Conjunto de cuidados de calidad, continuos e integrales, ya sea en condición de buena salud o enfermedad, realizando un recorrido a través de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento y seguimiento de las enfermedades y sus complicaciones.
MSAL	Ministerio de Salud de la Nación.
MSJ	Ministerio de Salud de la Jurisdicción u organismo equivalente.
Nación	Estado Nacional Argentino.
Persona beneficiaria	Se define como Beneficiario/a toda persona que, reuniendo los requisitos de elegibilidad, se encuentra inscripto el padrón de un SPS.
Plan de Servicios de Salud // PSS	Conjunto de prestaciones de salud y módulos prestacionales elegibles para los SPS en el marco del Programa. El PSS se ordena por líneas de cuidado y comprende dos conjuntos de módulos y prestaciones: a) Servicios Generales de Salud, y b) Servicios de Salud de Alta Complejidad.
Población Elegible/ Objetivo	Niños y niñas de 0 a 9 años, Adolescentes de 10 a 19 años y Adultos de 20 a 64 años inclusive con cobertura exclusiva del sector público de salud, domiciliados en la Jurisdicción Participante.
Programa	Programa de Ampliación de la Cobertura Efectiva en Salud, financiado por el Convenio de Préstamo BIRF N° 8853-AR aprobado por medio del Decreto PEN N° 1130/18.
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 Jurisdicciones Participantes del Programa. Este reglamento forma parte del Convenio Marco de participación.
Servicios Generales de Salud	Conjunto de módulos y prestaciones que pueden ser pagados por la cuenta capitas del SPS en el marco del Programa.
Servicios de Salud de Alta Complejidad	Conjunto de módulos y prestaciones que pueden ser pagados por el FONAC en el marco del Programa.
SIISA	Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino.
SPS	Seguro Provincial de Salud.
Transferencia Capitada	Es la modalidad de financiamiento de los SPS para la cobertura de los Servicios Generales de Salud y del FONAC para los Servicios de Salud de Alta Complejidad del PSS, respectivamente.
Trazadoras	Son indicadores sanitarios mediante los cuales se evalúa y retribuye el desempeño del Sistema de Salud de la Jurisdicción, respecto de distintas dimensiones de la atención de la salud de la población objetivo.
UIP	Unidad de Implementación del Programa. Es la responsable de la ejecución del Programa a nivel jurisdiccional. La misma se encuentra conformada como la continuidad del equipo de la Unidad de Gestión del Seguro Provincial.

ANTECEDENTES

Tomando en consideración:

Que por Resolución N° 518 de fecha 12 de marzo 2019 de la Secretaría de Gobierno de Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, se creó en el marco de la estrategia nacional de la Cobertura Universal de la Salud (CUS), el Programa de Ampliación de la Cobertura Efectiva en Salud (El Programa).

Que el Programa tiene como objetivos generales, incrementar la cobertura efectiva y equitativa de servicios de salud priorizados para la población con cobertura pública exclusiva y fortalecer al Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación y los Ministerios de Salud de cada una de las veinticuatro jurisdicciones para la implementación de mecanismos que permitan lograr un sistema de salud integrado.

Que el Plan de Servicios de Salud (PSS) priorizado por el Programa comprende dos conjuntos de módulos y prestaciones: a) Servicios Generales de Salud, y b) Servicios de Salud de Alta Complejidad.

Que por el artículo 6 de la referida Resolución se creó el Fondo de Alta Complejidad (FONAC) para financiar con recursos nacionales, los módulos y prestaciones de Enfermedades de Alta Complejidad del PSS del Programa.

Que la implementación estratégica y operativa del Programa a nivel jurisdiccional será llevada a cabo por medio de los Seguros Provinciales de Salud (SPS) pre-existentes.

Que la Provincia de Santa Fe ha suscripto con el Ministerio de Salud de la Nación el Convenio Marco de Participación en el Programa de Ampliación de la Cobertura Efectiva en Salud.

Que por Resolución del Ministerio de Salud de Santa Fe se creó, la Unidad de Implementación del Programa (UIP), como continuadora de la Unidad de Gestión del Seguro Público Provincial de Salud (UGSP Programa SUMAR), a la cual se le otorgo facultades para dirigir y administrar el SPS, conducir las gestiones necesarias ante el Equipo Coordinador del Programa (ECP), efectuar contrataciones con establecimientos públicos de salud y realizar todo acto necesario para el cumplimiento de los objetivos del Programa.

Que entre los deberes y facultades otorgados a la UIP se encuentra la de suscribir Compromisos de Gestión con los Efectores para garantizar a las personas beneficiarias del SPS los módulos y prestaciones de los Servicios Generales de Salud priorizados por el Programa.

Que con el propósito específico de instrumentar el acceso a las personas beneficiarias del SPS los módulos y prestaciones de los servicios de Alta Complejidad del Plan de

Salud, por el Reglamento Operativo del Programa, se delegó a las UIP la suscripción, en representación del Equipo Coordinador del Programa (ECP), de los Compromisos de Gestión con los Efectores jurisdiccionales autorizados a proveer prestaciones para la atención de Enfermedades de Alta Complejidad.

En virtud de lo expuesto el Ministerio de Salud de la Jurisdicción de Santa Fe, por intermedio de la UIP, por una parte, representado por el Sr. Coordinador Jurisdiccional, VLADIMIR E. SENCAR, en adelante la UIP, con domicilio en la calle Bv. Gálvez 1563 5to piso de la ciudad de Santa Fe y; y por la otra 2) el MUNICIPIO DE SANTA FE, con domicilio en calle Salta 2951, representado en éste Acto por su Intendente el Sr. EMILIO JATÓN, en adelante la EL MUNICIPIO/COMUNA, en representación de los PRESTADORES de la red Municipal que integran el anexo I del presente, suscriben el siguiente Compromiso de Gestión:

ARTÍCULO PRIMERO - OBJETO:

El presente Compromiso de Gestión tiene por objeto garantizar el acceso efectivo y de calidad a las personas beneficiarias del SPS a los conjuntos de módulos y prestaciones del PSS Priorizados por el Programa: a) Servicios Generales de Salud y b) Servicios de Salud de Alta Complejidad. Con tal propósito para cada uno ellos, las partes acuerdan que:

a) Servicios Generales de Salud.

Los módulos y prestaciones de Servicios Generales de Salud, **que recibe el efector en éste acto, notificándose y dejando formal constancia de ello**, que brindará el EFECTOR a la población elegible, serán pagados por la Jurisdicción por intermedio de la UIP y con recursos de la Cuenta Cápitas del SPS.

b) Servicios de Salud de Alta Complejidad.

Por su parte, los módulos y prestaciones de Servicios de Salud de Alta Complejidad, que también recibe el efector en éste acto, **notificándose y dejando formal constancia de ello**, que brindará el EFECTOR a la población elegible, serán pagados por el MSAL, por intermedio del EPC, con recursos del Fondo de Alta Complejidad (FONAC), conforme las disposiciones del presente compromiso y las normas del Programa específicas para cada una de las patologías consideradas de Alta Complejidad.

ARTÍCULO SEGUNDO - NORMAS GENERALES:

El presente Compromiso de Gestión contiene las normas generales a las cuales las partes intervinientes deberán atenerse.

La UIP se reserva el derecho de introducir modificaciones al compromiso, siempre que éstas no representen cambios sustanciales a los términos del presente documento. Para que dichas modificaciones entren en vigencia deberán ser comunicadas fehacientemente al EFECTOR.

Las previsiones contenidas en el presente Compromiso tendrán vigencia y serán válidas únicamente cuando el EFECTOR suscribiente posea capacidad y se encuentre autorizado para proveer los Servicios del PSS del Programa, conforme a las normas especificadas en el Reglamento Operativo.

En todos los casos, la ejecución del presente Convenio deberá realizarse respetando las normas nacionales del Programa. En consecuencia, el orden de prelación de normas aplicables será el siguiente: 1) Convenios de Préstamo mediante los cuales se financie el Programa SUMAR, 2) Convenio Marco de Participación en el Programa SUMAR, 3) Manual Operativo del Programa SUMAR, 4) Reglamento Operativo del Programa, 5) Resoluciones del MSAL y DOI del ECP, 6) Resoluciones del MSJ, 7) Disposiciones de la Coordinación de la UIP y 8) Compromiso de Gestión y Convenio de Administración de Fondos si correspondiere.

ARTÍCULO TERCERO - POBLACIÓN OBJETIVO:

La población elegible del Programa se encuentra conformada por i) Niños y niñas hasta 9 años de edad; ii) Adolescentes de 10 a 19 años de edad; iii) Adultos de 20 a 64 años inclusive; en todos los casos que posean cobertura exclusiva del sector público de salud.

ARTÍCULO CUARTO - OBLIGACIONES DEL EFECTOR:

El EFECTOR se compromete a cumplir con las condiciones técnicas vigentes, protocolos y guías de atención, mecanismos de inscripción, facturación, reportes, métodos de supervisión, evaluación, control y auditorías, y toda norma complementaria y/o aclaratoria que dicte el Ministerio de Salud de la Nación, por intermedio del ECP y la Jurisdicción por intermedio de la UIP en relación al Programa, sin perjuicio de lo cual asume las siguientes obligaciones:

a) Atención de las personas beneficiarias del Programa.

- i) Los módulos y prestaciones incluidos en el PSS del Programa son absolutamente gratuitos para las personas beneficiarias del SPS, quedando expresamente prohibido al EFECTOR solicitar por sí, o por terceros, el cobro de plus y/o coseguros y/o cualquier forma de contraprestación y/o suma alguna por los servicios brindados.
- ii) Deberá colocar en un lugar visible al público un cartel o leyenda que informe la gratuidad de las prestaciones a su cargo para las personas beneficiarias del SPS.
- iii) No podrá rechazar, por ninguna cuestión y bajo ninguna circunstancia, a ninguna persona beneficiaria, debiendo actuar en el caso de no poder brindar alguna de las prestaciones del PSS, como establecimiento derivador hacia el establecimiento receptor según lo indiquen las normas de derivación aplicables. Para el supuesto de inexistencia de dichas normas, la derivación se realizará hacia el establecimiento receptor que el equipo de salud responsable de la persona beneficiaria considere más adecuado.
- iv) El EFECTOR deberá identificar e inscribir a dicha población mediante el mecanismo

definido por el Programa.

v) El EFECTOR deberá promover las acciones tendientes a la asignación de población a cargo de los equipos de salud conforme a las directrices adoptadas por el Programa.

vi) Servicios Generales de Salud

Brindar a las personas beneficiarias del SPS los módulos y prestaciones de Servicios Generales de Salud priorizados por el Programa de acuerdo a las condiciones técnicas y de calidad establecidas.

vii) Servicios de Salud de Alta Complejidad

a) Brindar a las personas beneficiarias del SPS los módulos y prestaciones de Servicios de Salud de Alta Complejidad priorizados por el Programa de acuerdo a las condiciones técnicas y de calidad vigentes.

b) En el marco del Programa, y con el propósito de lograr brindar las prestaciones y módulos de Alta Complejidad de manera efectiva, el EFECTOR se compromete a brindar atención a las personas beneficiarias de todas las jurisdicciones participantes.

c) No podrá rechazar, sin justa causa, a ninguna persona beneficiaria inscripta derivada al EFECTOR para la atención de Cardiopatías Congénitas, por el Centro Coordinador de Derivaciones (CCD), conforme las normas de derivación vigentes.

d) Facturación y pago de prácticas complementarias a módulos quirúrgico de Cardiopatías Congénitas: Si el mejor tratamiento del paciente obliga a brindar alguna de las prácticas complementarias a módulos quirúrgicos de Cardiopatías Congénitas, establecidas en el Plan de Servicios de Salud, el EFECTOR deberá notificar al CCD, el que evaluará el caso a través de su equipo de profesionales auditores. La opinión del auditor será vinculante. No existiendo opinión favorable, el EFECTOR no podrá facturar al SPS los mayores costos que haya ocasionado una intervención no autorizada por el equipo de auditores de CCD.

b) Cumplimiento de Metas Sanitarias.

En el marco de la ejecución del Programa, la Jurisdicción deberá alcanzar el cumplimiento de un conjunto de indicadores sanitarios, denominados trazadoras, mediante los cuales el MSAL, por intermedio del Equipo Coordinador del Programa (ECP) evaluará y retribuirá el desempeño del sistema de Salud de la Jurisdicción, respecto de diversas variables en la atención de la salud de la población objetivo.

Con el propósito de contribuir con la Jurisdicción en el cumplimiento de las trazadoras del Programa, el EFECTOR se compromete a alcanzar las metas sanitarias que le serán comunicadas por la UIP en forma anual o previo al inicio del periodo evaluado. En dicha oportunidad, se especificarán las trazadoras a implementar, su cuantificación y toda la información operativa y técnica requerida para evaluar el cumplimiento de las mismas.

c) Facturación de Prestaciones. CUASIFACTURA

i) Servicios Generales de Salud

El pago por las prestaciones brindadas a las personas beneficiarias de los Servicios Generales de Salud del PSS, sólo podrá realizarse contra la Cusi-factura emitida por el EFECTOR, el cual asume la responsabilidad de los servicios prestados.

Para ello, el EFECTOR deberá enviar la factura a la UIP dentro de los diez (10) primeros días o el día hábil siguiente de cada mes, a través del sistema de cuasi-facturación provisto por el SPS.

La cuasi-factura deberá contener la siguiente información: denominación y CUIE del EFECTOR, número de factura, fecha de emisión, total facturado y para cada prestación del PSS facturada: el código, la fecha en que fue brindada, el valor unitario (conforme a los valores acordados entre la UIP y el ECP en el Compromiso Anual vigente), y la identificación de la persona beneficiaria al que se le brindo la prestación (excepto para talleres, rondas e informes de equipos nucleares). Asimismo, deberá adjuntarse:

- a) Detalle de los datos reportables, correspondiente a las prestaciones que así lo requieran.
- b) Reporte establecido por el Programa, que da cuenta de la calidad de la atención brindada.

Las cuasi-facturas presentadas con posterioridad al plazo establecido, podrán ser consideradas por la UIP, como recibidas el día 10 del mes siguiente, debiendo comunicarse dicha situación al EFECTOR.

Las prestaciones facturadas por el EFECTOR, deberán haber sido brindadas dentro de los ciento veinte (120) días anteriores a la fecha de recepción de la factura por parte de la UIP, considerando para el inicio del cómputo del plazo, el último día del mes de la prestación.

ii) Servicios de Salud de Alta Complejidad

El pago por los módulos y prestaciones brindadas a las personas beneficiarias de los Servicios considerados de Alta Complejidad del PSS, sólo podrá realizarse contra la cuasi-factura emitida por el EFECTOR, el cual asume la responsabilidad de los servicios prestados.

Para ello, el EFECTOR deberá enviar la siguiente documentación a la UIP dentro de los diez (10) primeros días o el día hábil siguiente de cada mes, a través del sistema de facturación provisto por el MSAL.

La factura deberá contener la siguiente información: denominación y CUIE del EFECTOR, número de factura, fecha de emisión, total facturado y para cada prestación del PSS facturada: el código, la fecha en que fue brindada, el valor unitario (conforme a los valores acordados entre la UIP y el ECP en el Compromiso Anual vigente), la identificación de la persona beneficiaria al que se le brindo la prestación y autorización del responsable del EFECTOR. Asimismo, deberá adjuntarse:

- a) Detalle con identificación de la persona beneficiaria a la que se le brindó la prestación.
- b) Constancia de Administración generada, a través del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SIISA), de las prestaciones de cardiopatías congénitas facturadas.
- c) Reporte establecido por el Programa, que da cuenta de la calidad de la atención brindada, para el caso de las prestaciones correspondientes a los "Módulos de Atención Neonatal de Alta Complejidad y los módulos de atención de Infarto Agudo de Miocardio de Alta Complejidad incluidos en el PSS del Programa".

Las facturas presentadas con posterioridad al plazo establecido podrán ser consideradas por la UIP, como recibidas el día 10 del mes siguiente. Las prestaciones liquidadas por el EFECTOR, deberán haber sido brindadas dentro de los ciento veinte (120) días anteriores a la fecha de generación de la factura en el sistema correspondiente, considerando para el inicio del cómputo del plazo, para los módulos quirúrgicos, la fecha de alta del establecimiento o fallecimiento.

Los módulos brindados a las personas beneficiarias no podrán ser facturados pasados los ciento veinte (120) días contados a partir de la fecha de alta del establecimiento o fallecimiento.

d) Reportes

i) Remitir a la UIP y/o al ECP los informes y reportes que se dispongan durante la ejecución del presente convenio.

ii) Remitir del 1 al 10 de cada mes a la UGSP la carga del SIP (Sistema Informático Perinatal).

iii) Los Efectores que brinden los servicios de Alta Complejidad para la atención de cardiopatías congénitas, deberán reportar a través del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SIISA):

- a) El 100% de los casos de pacientes con cardiopatías congénitas más allá de la gravedad del caso e independientemente de si el paciente posee o no cobertura explícita pública de salud (denuncia). Este reporte no deberá efectuarse si el paciente ha sido denunciado previamente por otro establecimiento de salud.
- b) Seguimientos y estudios pre-quirúrgicos.
- c) Parte quirúrgico del paciente intervenido.
- d) Seguimientos y estudios post-quirúrgicos.
- e) Epicrisis e indicaciones al alta del paciente.
- f) Control post-alta (al mes del alta), en caso de corresponder.

e) Supervisión, evaluación y auditoría.

i) Garantizar el libre acceso y provisión de la documentación requerida a los profesionales y auditores de la UIP, la EPC y/o de la Auditoría Externa Técnica Independiente del Programa (AETI), el Centro Coordinador de Cardiopatías Congénitas

(en los casos de módulos de Alta Complejidad), y/o de cualquier otro profesional que éstos designen, a fin de supervisar y auditar el funcionamiento del SPS y el cumplimiento del presente Compromiso de Gestión.

ii) Facilitar la implementación de la estrategia de investigación y evaluación desarrollada en el marco del Proyecto, en los casos que la Jurisdicción Participante se encuentre en el alcance previsto por el MSAL.

f) Recupero de costos de la Seguridad Social y Sector privado.

i) Remitir periódicamente a la UIP la información correspondiente al pago de las prestaciones brindadas por el EFECTOR a las personas beneficiarias de las Obras Sociales y seguros de salud privados. La frecuencia y los datos requeridos serán comunicados previamente por la UIP.

ii) Colaborar con la UIP para determinar los problemas claves y obstáculos de implementación con el actual sistema de recupero de costos.

g) Comunicación y participación ciudadana.

i) Cumplir con las directivas de comunicación institucional del Programa, orientado a la población elegible y con especificidad a las poblaciones originarias.

ii) Implementar los mecanismos de participación de la población, definidos por el SPS, a través de los cuales pueda efectuarse una evaluación de la eficacia y eficiencia del SPS, como así también el nivel de satisfacción alcanzado por las personas beneficiarias del mismo.

iii) Colocar en un lugar visible al público un informe mensual detallado de las inversiones realizadas con los fondos percibidos en el marco del Programa, indicando claramente montos percibidos e inversiones efectuadas.

iv) Difundir mecanismos para la presentación de sugerencias y reclamos.

h) Registro Clínico.

i) Mantener por cada beneficiario al que le preste un servicio una Historia Clínica actualizada siguiendo las normas vigentes en la jurisdicción.

ii) Utilizar todos formularios que cumplan con los requisitos mínimos vigentes para los casos de interconsultas, de derivaciones, epicrisis, parto/postparto y de primera consulta perinatal, y cualquier otro que disponga el SPS y/o la Provincia de Santa Fe.

iii) Completar todos los documentos y formularios previstos por la Provincia a tales fines como ser la Historia Clínica Perinatal, el Carnet Perinatal, Registro Diario de

Consultas Ambulatorias (Planilla Única), etc, y cualquier otro que disponga el SPS y/o la Provincia de Santa Fe.

iv) Efectuar la carga del SIP (Sistema Informático Perinatal).

i) Uso de Fondos.

Arbitrar los mecanismos para la participación de los equipos en la decisión del destino de los fondos recibidos por el EFECTOR.

Utilizar los fondos recibidos en el marco del Programa en función de una estrategia que permita garantizar la mejora de la atención, aumentando la calidad, eficacia y eficiencia de las intervenciones sanitarias.

ARTÍCULO QUINTO - OBLIGACIONES DE LA UIP:

La UIP proveerá información y arbitraré los mecanismos necesarios para que el EFECTOR tenga la posibilidad de realizar correctamente la facturación de prestaciones brindadas a las personas beneficiarias del Programa. En particular la UIP asume las siguientes responsabilidades:

a) Pago por Prestaciones de Servicios Generales de Salud

Dentro de los cincuenta (50) días corridos de recibida la factura por las prestaciones elegibles que integran los servicios Generales de Salud del PSS, la UIP deberá verificar que los conceptos liquidados correspondan a las prestaciones brindadas por el SPS, se encuentren incluidas en PSS, y procederá a depositar los montos correspondientes en la cuenta bancaria N° 549-18997/05 identificada con el CBU N° (330059951599.0018997053) de la entidad bancaria (Banco Santa Fe), de titularidad del EFECTOR (o del tercero administrador de fondos), por medio del MSJ.

El proceso de pago se considera finalizado en la fecha en que se realiza la transferencia bancaria a la cuenta del EFECTOR y en el supuesto que intervenga un tercero administrador (denominado Ente Administrador) la operación concluye la fecha de recepción por parte del EFECTOR de la notificación fehaciente de que los fondos se encuentran disponibles.

La UIP comunicará fehacientemente al EFECTOR (y al Ente Administrador, en caso de existir) el monto aprobado por la factura presentada, y en el supuesto de haberse producidos débitos y multas, se detallarán los motivos de los mismos.

La UIP contará con treinta (30) días para recepcionar copia de la notificación fehaciente sobre la disponibilidad de los fondos por parte del EFECTOR, contados desde la fecha en que se efectuó la transferencia bancaria a la cuenta del Ente Administrador, o rechazar la factura recibida.

b) Pago por Prestaciones de Servicios Alta Complejidad.

Dentro de los diez (10) días de recibida la factura y documentación por las prestaciones

elegibles que integran los módulos de Alta Complejidad del PSS, la UIP deberá controlar la documentación y generar -en el supuesto de aceptar total o parcialmente la misma - en el sistema informático correspondiente la Solicitud de Pago al ECP.

Por su parte, el ECP, contará con diez (10) días para verificar la correspondencia entre la solicitud de pago recibida y la factura que origina la misma, y remitir el expediente de pago a la Dirección General de Programas y Proyectos Sectoriales y Especiales (DGPPSE).

Finalmente, la DGPPSE, dentro de los diez (10) días de recibido el referido expediente de pago deberá depositar el monto correspondiente en la cuenta bancaria cuenta bancaria N° 599-18997/05 identificada con el CBU N° (330059951599001899753) de la entidad bancaria (Banco Santa Fe), de titularidad del EFECTOR (o del Ente administrador).

El pago se considera realizado en la fecha en que se efectúe la transferencia a la cuenta bancaria del EFECTOR y en el supuesto que intervenga un Ente Administrador, la operación concluye la fecha de recepción por parte del EFECTOR de la notificación fehaciente de que los fondos se encuentran disponibles.

La UIP comunicará fehacientemente al EFECTOR (y al Ente Administrador, en caso de existir) el monto aprobado por la factura presentada, y en el supuesto de haberse producido débito y multas, se detallarán los motivos de los mismos.

La DGPPSE, será la encargada comunicar fehacientemente, a través del sistema informático correspondiente, al ECP, al EFECTOR y a la UIP de la jurisdicción que solicitó el pago (y al Ente Administrador, en caso de existir) la transferencia efectuada. La UIP contará con treinta (30) días para recepcionar copia de la notificación fehaciente sobre la disponibilidad de los fondos por parte del EFECTOR, contados desde la fecha en que se efectuó la transferencia bancaria a la cuenta del Ente Administrador, en caso de existir.

ARTÍCULO SEXTO - USOS DE FONDOS POR EL EFECTOR:

La utilización de los fondos que reciba en EFECTOR en el marco del Programa deberá realizarse de acuerdo a las siguientes reglas:

- a) **Categorías de Inversión autorizadas:** Los criterios que guiarán la elección de categorías de inversión por parte de los Efectores, serán determinados por el MSJ, en función de la estrategia sanitaria provincial. Los Efectores podrán disponer libremente de sus fondos, respetando las mencionadas disposiciones en todos los casos.

De conformidad a lo establecido en la Ley de Presupuesto Anual los fondos recibidos en el marco del SPS podrán ser aplicados en las siguientes categorías de inversión:

i) Bienes e Insumos: a) Médicos: Comprende las erogaciones vinculadas a los bienes y servicios que son consumidos durante la operatoria habitual del efector, tales como jeringas, guantes, agujas, gasa, tela adhesiva, cubre camilla, baja lenguas, termómetros, accesorios para tensiómetros, etc. También integran este ítem aquellos medicamentos que no provea REMEDIAR. b) Otros: Incluye los insumos que se consumen en la actividad no específicamente médica. Por ejemplo artículos de librería y limpieza. Para ambos rubros El Efector debe informar por nota las adquisiciones que efectuará con los fondos de acreencia que la UIP le ha notificado. La UIP solicitará al Ministerio de Salud se asignen los fondos requeridos en concepto de Gastos de Funcionamiento (Bienes) según ha requerido el Efector.

ii) Bienes de uso inversiones: a) Edilicias: Conjunto de trabajos que, a diferencia del mantenimiento, aumentan la vida útil del bien, su capacidad y/o utilidad del inmueble. Ejemplos: Refacción, ampliación, instalación de gas, tendido red eléctrica, obras de perforación, arreglos plomería o gas, techos, reparación de veredas, calles, puentes de acceso, etc. El Efector deberá solicitar a la UIP, la imputación CORRESPONDIENTE A LA PARTIDA BIENES DE USO sobre las acreencias que tenga notificada e iniciar el proceso de contratación (gestión directa, concurso de precios, licitación privada o licitación pública – según los montos que implique la gestión). Remitir el decisorio a la UGSP donde se adjudique la gestión de contratación a él/los proveedores. b) Equipamiento Médico: Adquisición de Bienes inventariables de uso médico. Ejemplos: Ecógrafos, Estetoscopios, camillas, equipos de RX, equipo odontológico, etc.. c) Equipamiento No Medico: Adquisición de Bienes inventariables de uso no específicamente médico. Ejemplos: Equipos de computación, equipos de bombeo, elementos de seguridad (red de incendio, alarmas, matafuegos), mesas, sillas, escritorio, archivero, aire acondicionado, calefactores, etc. Para b) y c) Conformado el decisorio por la UIP se procede a la transferencia de los fondos.

iii) Servicios, Mantenimiento: Mantenimiento Edificio, de equipamiento médico, mantenimiento y/o servicio de equipamiento no medico: Es el conjunto de trabajos necesarios para asegurar el buen funcionamiento de las instalaciones o reponer su capacidad de uso o servicio. Comprenden gastos incurridos para la conservación y reparación de inmuebles, equipos, maquinarias, instrumental a efectos de conservarlos en condiciones adecuadas de funcionamiento.

El Efector informa por nota las adquisiciones que efectuará con los fondos de acreencia que la UIP le ha notificado.

La UIP solicita al Ministerio de Salud se asignen los fondos requeridos en concepto de Gastos de Funcionamiento (Servicios) según ha requerido el Efector.

iv) Cesión de fondos: Se utiliza en caso de que un efector ceda a otro parte de sus fondos disponibles generados a través del Programa. Para el cedente aparecerá, en la rendición de fondos con este concepto y para el receptor en el ítem correspondiente el gasto que efectuó. El Efector que ha cedido sus fondos labrará el Acta de Cesión lo suscribirá y procederá a notificar a la UIP copia del Acta de Sesión. El Efector receptor

de los fondos cedidos será quien rinde cuentas al Ministerio de Salud. La Cesión de Fondos que realice un efector podrá ser efectuada a favor del Ministerio de Salud, a la Secretaría de Salud o las Subsecretarías existentes y/o Direcciones Provinciales de dicho Ministerio.

v) **Existencia de Ente administrador:** El ente administrador es el Efector con capacidad jurídica para administrar los fondos del Programa de aquellos efectores que no poseen esta capacidad (Centros de Salud). El tipo de gastos estará sujeto a las necesidades que plantean los Efectores titulares de los fondos. Según la demanda del Efector a quien se le administra los fondos. Para el caso de Bienes y/o Servicios el tercer administrador seguirá los mismos procedimientos habituales (en el marco de la reglamentación vigente). Para el caso de Bienes de Uso el tercer administrador deberá adecuar los procedimientos descriptos para "Bienes de Uso - Inversiones"

b) **Reporte sobre Uso de Fondos:** El EFECTOR deberá remitir a la UIP mensualmente un informe detallado de la aplicación de fondos realizada, que deberá ser generado a través del sistema informático provisto por la UIP.

c) **Saldos No Ejecutados:** Los saldos acreedores de los fondos transferidos por la UIP al cierre del ejercicio correspondiente, se transferirán al siguiente ejercicio y deberán ser utilizados para los objetivos del Programa.

ARTÍCULO SEPTIMO - AUDITORIA:

En el marco del Programa, el ECP, la UIP y la Auditoría Externa Técnica Independiente (AETI) realizarán la supervisión y auditorías a efectos de verificar el cumplimiento de las normas del Programa y del presente Compromiso de Gestión, y en especial la que fuera necesaria para la corroborar la integralidad, validez y consistencia respecto a las personas beneficiarias, prestaciones brindadas a las personas beneficiarias, uso de fondos del EFECTOR, entre otros.

En el supuesto de detectarse, a través de las auditorías (externas o financieras) del Programa, errores, omisiones en cuanto a la información reportada por el EFECTOR, la UIP estará facultada a aplicar las sanciones establecidas, a tal efecto, en el presente compromiso.

ARTÍCULO OCTAVO - ESQUEMA DE SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO:

a) Incumplimientos.

Ante los incumplimientos por parte del EFECTOR de las obligaciones asumidas en el presente Compromiso de Gestión, la UIP se encuentra facultada para disponer la aplicación de sanciones. En particular, se considerarán pasibles de las sanciones enumeradas en el punto b) del presente artículo, los incumplimientos que se mencionan a continuación:

- i) No respetar el principio de gratuidad de las prestaciones y cuidados de salud priorizados por el SPS, mediante el cobro de plus y/o coseguro y/o cualquier otra forma de contraprestación por los servicios brindados a los beneficiarios del SPS.
- ii) No exponer en lugar visible del establecimiento el cartel o leyenda que informe la gratuidad de las prestaciones.
- iii) Rechazar la atención de un beneficiario del SPS y/o, en su caso, la omisión de actuar como establecimiento derivador.
- iv) No mantener por cada persona beneficiaria a la que se le brinde una prestación una Historia Clínica actualizada siguiendo las normas vigentes en la Jurisdicción.
- v) Incumplir con la presentación de los informes y/o reportes que defina la UIP dentro de los plazos previstos por la misma.
- vi) No alcanzar las metas sanitarias (trazadoras) establecidas por la UIP.
- vii) Omitir la presentación de la liquidación de prestaciones (cuasi-factura) a la UIP dentro del plazo previsto en el presente Compromiso de Gestión.
- viii) No cumplir, en forma total o parcial, con la obligación de garantizar el libre acceso a los profesionales auditores, proveyéndoles la documentación solicitada.
- ix) No remitir mensualmente a la UIP un informe detallado sobre el uso de los fondos.
- x) No utilizar los fondos transferidos conforme a las reglas vigentes establecidas en este compromiso.
- xi) No cumplir con las pautas y campañas de publicidad y comunicación definidas por el SPS y el Programa.
- xii) Incumplir con la implementación de los mecanismos de participación de la población definidos por la UIP.
- xiii) Omitir la colocación en un lugar visible al público de un informe de las inversiones realizadas con los fondos recibidos en el marco del Programa.

b) Sanciones.

En función de los incumplimientos descriptos precedentemente, la UIP podrá aplicar al EFECTOR las siguientes sanciones:

i) Llamado de Atención

Serán causales de esta sanción:

- El incumplimiento mencionado en el punto a.xiii en una (1) oportunidad.
- El incumplimiento mencionado en los puntos a.ii, a.iv, a.xi y a.xii hasta en dos (2) oportunidades.

ii) Apercibimiento

Serán causales de esta sanción:

- El incumplimiento mencionado en el punto a.iii en una (1) oportunidad.
- El incumplimiento mencionado en el punto a.xiii en dos (2) oportunidades.

iii) Debito

Serán causales de esta sanción:

- El incumplimiento previsto en los puntos a.i, a.v, a.vii y a.x.

El monto del débito será equivalente a la suma indebidamente transferida por el SPS al EFECTOR, y se deducirán automáticamente de la siguiente transferencia que reciba el establecimiento por parte de la UIP.

iv) Multa

- Corresponderá la aplicación de una multa del diez (10) % de la última facturación aprobada, en los siguientes casos:
 - El incumplimiento mencionado en los puntos a.i, a.iv, a.vii, a.ix y a.x en una (1) oportunidad.
 - El incumplimiento mencionado en el punto a.iii en dos (2) oportunidades.
 - Reiteración del incumplimiento previsto en el punto a.ii.

Los montos por multas aplicadas se deducirán automáticamente de la siguiente transferencia que reciba el establecimiento.

v) Retenciones

Sin perjuicio de las sanciones enumeradas precedentemente, la UIP y el ECP tendrán la facultad para realizar retenciones de los pagos, hasta el momento en que se regularice la situación de incumplimiento.

vi) Suspensión del Compromiso de Gestión

Serán causales de esta sanción:

- a. El incumplimiento reiterado de lo previsto en los puntos a.i, a.iii y a.viii.
- b. El incumplimiento previsto en el punto a.v en un período que supere los tres meses, sin que exista manifestación de causal que justifique tal situación, y mediando previamente las sanciones de llamado de atención y apercibimiento.

ARTÍCULO NOVENO- COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES:

En el marco del compromiso, el Municipio o Comuna solicita recibir las comunicaciones y notificaciones vinculadas al Programa, indistintamente en las siguientes direcciones:

- a) Correo Electrónico del Municipio: (*despacho.salud@SantaFeCuidad.gov.ar*)
(*c.pauloni@SantaFeCuidad.gov.ar*)

ARTÍCULO DECIMO- VIGENCIA DEL COMPROMISO DE GESTION:

El presente Compromiso de Gestión se encontrará vigente desde el 1° de septiembre de 2019 y mientras se encuentre en ejecución el PACES en el ámbito de la Jurisdicción.

ARTÍCULO DECIMO PRIMERO - RESOLUCIÓN 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 MSJ por medio de la Secretaría de Salud, actúe en estos casos como buen componedor. Para el supuesto de no arribar a una solución del conflicto, como última instancia las partes se someten a la decisión del MSAL.

ARTICULO DECIMO SEGUNDO - RECISIÓN:

La UIP se reserva la facultad de rescindir el presente compromiso en cualquier momento de la ejecución del mismo, debiendo comunicar fehacientemente al EFECTOR su decisión con una antelación no menor a los treinta (30) días.

ARTICULO DECIMO TERCERO - DELEGACIÓN DE FIRMA:

El efector prestador, en uso de las facultades que le asisten, autoriza y delega, por medio del presente, mientras se encuentre vigente el Programa, a la Dirección Regional de Salud y/o a la que en su futuro lo remplace en la estructura orgánico funcional de conducción política territorial del Ministerio de Salud Provincial, en cabeza de su titular, a generar automáticamente y firmar en forma electrónica, con usuario y contraseña del sistema informático SICAP, como sustitutivo de la firma olográfica que se consignaba en las facturas en papel, todas las facturaciones mensuales electrónicas, liquidaciones y toda documentación relacionada, conforme Disposición N° 1 del 2018 de la Unidad de Gestión del Programas Sumar y la que en el futuro la remplace y/o complementa para el Programa PACES.

ARTICULO DECIMO CUARTO - RETROACTIVIDAD:

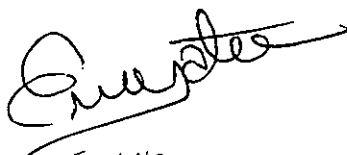
Se establece como excepción, la potestad de los efectores de facturar en forma retroactiva las prestaciones brindadas desde el 01.09.2019 y en forma concordante con los plazos de la DOI N° 5.

CONFORMIDAD:

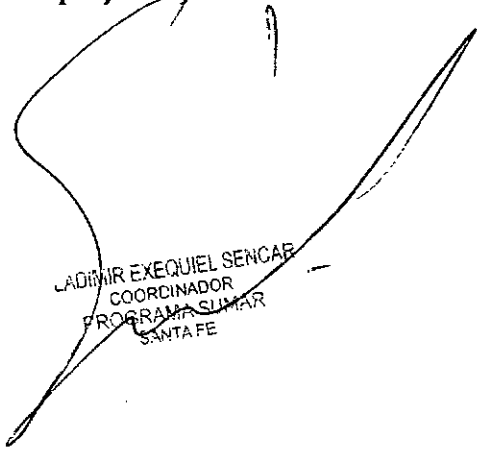
Las partes intervinientes declaran su conformidad con lo anteriormente convenido, obligándose a su estricto cumplimiento, firmando en constancia sus representantes legales.

Se firma el presente Compromiso de Gestión a los (06.....) días del mes de (.....enero.....) 2020

CONFORME ARTÍCULO PRIMERO PUNTO a) y b) LAS PARTES SE NOTIFICAN POR MEDIO DEL PRESENTE DEL NOMENCLADOR VALORIZADO VIGENTE (módulos y prestaciones de Servicios Generales de Salud y de Alta Complejidad)



Emilio Jatón
Intendente de la Ciudad
de Santa Fe



VLADIMIR EXEQUIEL SENCAR
COORDINADOR
PROGRAMA SUMAR
SANTA FE

ANEXO I

EFFECTORES RED MUNICIPAL SANTA FE

EFFECTOR: (CS NUEVO HORIZONTE), con domicilio en la calle (Carranza y Monseñor Rodríguez), CUIE (S98808) Referente/Responsable (...*César Pauloni*...)

Correo Electrónico: (...*despacho.salud@SantaFeCuidad.gov.ar*
c.pauloni@SantaFeCuidad.gov.ar...)

Firma y Aclaración o Sello:.....

Méd. César Pauloni
Director Ejecutivo de Salud
y Promoción Comunitaria

EFFECTOR: DIRECCIÓN DE SALUD (Ex Sub Secretaría de Salud - Municipalidad de Santa Fe), con domicilio en la calle (Salta 2951), CUIE (S00012) Referente/Responsable (...*César Pauloni*...)

Correo Electrónico: (...*despacho.salud@SantaFeCuidad.gov.ar*
c.pauloni@SantaFeCuidad.gov.ar...)

Firma y Aclaración o Sello:.....

Méd. César Pauloni
Director Ejecutivo de Salud
y Promoción Comunitaria

HIR EXEQUIEL SENCAR
COORDINADOR
PROGRAMA SUMAR
SANTA FE

Adria Alvarez
ADRIA ALVAREZ ORDOÑEZ
Lic. Dto. 1. 1. 1. 1. 1.