



NACIONAL



RESOLUCIÓN 1862/2011
MINISTERIO DE SALUD (M.S.)

Programa Federal de Salud “Incluir Salud”.
Funciones.

Del: 08/11/2011; Boletín Oficial 14/11/2011.

VISTO el expediente N° 2002-23041-11-3 del registro de este Ministerio, y el [Decreto N° 1606](#) del 30 de agosto de 2002, y

CONSIDERANDO:

Que la asistencia médica de beneficiarios de pensiones no contributivas, fue ejecutada, oportunamente, por la COMISION NACIONAL DE PENSIONES ASISTENCIALES, a través de su DIRECCION NACIONAL DE PRESTACIONES MEDICAS, en el marco del denominado PROGRAMA FEDERAL DE SALUD.

Que por [Decreto 1606/02](#), se dispuso la transferencia al MINISTERIO DE SALUD, de la gestión de la asistencia médica de los beneficiarios de pensiones no contributivas otorgadas y a otorgarse con intervención de la COMISION NACIONAL DE PENSIONES ASISTENCIALES, dependiente del MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL, y que a la fecha de su dictado fuesen atendidas a través de la DIRECCION NACIONAL DE PRESTACIONES MEDICAS de la indicada COMISION NACIONAL.

Que a fin de ejecutar la gestión transferida, este Ministerio suscribe con los Gobiernos Provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, responsables primarios de la salud de los beneficiarios de pensiones no contributivas en sus respectivas jurisdicciones, sendos convenios destinados a la implementación -en sus territorios- del PROGRAMA FEDERAL DE SALUD.

Que la asistencia médica de dichos beneficiarios debe brindarse con arreglo a lo dispuesto por el Programa Médico Obligatorio aprobado por las Resoluciones del MINISTERIO DE SALUD N° [201](#) de fecha 9 de abril de 2002 y N° [1991](#) de fecha 28 de diciembre de 2005 y demás normas complementarias y/o modificatorias de las mismas.

Que tal asistencia médica es prestada prioritariamente por los efectores del subsistema público de salud y, subsidiariamente, por los efectores del subsistema de obras sociales y otros efectores privados.

Que desde el año 2003 a la fecha, el Gobierno nacional ha incorporado una serie de programas sanitarios, con el fin de generar accesibilidad a las prestaciones médicas y a los medicamentos para toda la población, y ha desarrollado una política social tendiente a la inclusión social, la reducción de la vulnerabilidad y la profundización de la contención social de aquellas personas y familias en riesgo, para que puedan tener acceso a la educación, la vivienda y la salud pública.

Que la ejecución de tales políticas de salud pública y desarrollo social, al día de hoy, hacen necesario generar un cambio superador del modelo ejecutado hasta el presente a través del denominado PROGRAMA FEDERAL DE SALUD, acorde, a su vez, con el carácter no contributivo del régimen de pensiones asistenciales.

Que a los fines de viabilizar adecuadamente el financiamiento de la asistencia médica cuya gestión se ha transferido a este Ministerio y garantizar niveles de calidad adecuados para la atención médica de los beneficiarios de pensiones no contributivas, resulta conveniente redefinir el conjunto de prestaciones que será financiado por el nuevo modelo de Programa que por el presente acto se aprueba, determinar las responsabilidades y alcance de las

obligaciones de las Provincias participantes, así como, establecer nuevas pautas relativas a la asistencia, accesibilidad, utilización, calidad de la asistencia médica y transferencia de fondos a las jurisdicciones necesaria para asistirlos financieramente.

Que para dar cumplimiento a las prioridades que se establecen en el marco de los servicios médicos a prestarse por las distintas jurisdicciones a los beneficiarios de pensiones no contributivas, resulta oportuno y conveniente difundir una Carta de Derechos y Beneficios explícitos en la prevención sanitaria y la promoción de las acciones de salud pública para las mujeres titulares de pensiones no contributivas consideradas prioritarias a tal efecto.

Que la Dirección Nacional de Prestaciones Médicas, la SUBSECRETARIA DE SALUD COMUNITARIA y la SECRETARIA DE PROMOCION Y PROGRAMAS SANITARIOS de este Ministerio han tomado la intervención de su competencia, y propician el dictado de la presente medida.

Que la Dirección de Programación y Control Presupuestario de la Dirección General de Administración de la SUBSECRETARIA DE COORDINACION ADMINISTRATIVA dependiente de la SECRETARIA DE COORDINACION de este Ministerio, ha tomado la intervención que le compete, informando que este Ministerio cuenta con los recursos presupuestarios para dar sostenimiento económico-financiero al gasto que dará a lugar la implementación del PROGRAMA FEDERAL DE SALUD “INCLUIR SALUD”.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención que le compete.

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

Por ello,

El Ministro de Salud resuelve:

Artículo 1°.- Apruébanse los lineamientos y la normativa que regulará el funcionamiento del PROGRAMA FEDERAL DE SALUD “INCLUIR SALUD”, que como ANEXO I forman parte integrante de la presente resolución y al que deberá ajustarse en su accionar la Dirección Nacional de Prestaciones Médicas de la SUBSECRETARIA DE SALUD COMUNITARIA de la SECRETARIA DE PROMOCION Y PROGRAMAS SANITARIOS de este Ministerio, con el objetivo de gestionar y transferir recursos financieros para la asistencia médica de los beneficiarios de pensiones no contributivas otorgadas y a otorgarse por la COMISION NACIONAL DE PRESTACIONES ASISTENCIALES.

Art. 2°.- El PROGRAMA INCLUIR SALUD asegurará, en un marco de equidad y basado en el esquema de descentralización de gestión, la asistencia médica a los beneficiarios de pensiones no contributivas, a través de los gobiernos de las jurisdicciones donde éstos residen. A tal efecto, el MINISTERIO DE SALUD transferirá a las jurisdicciones provinciales y al Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, recursos financieros para la atención médica de los afiliados al citado Programa.

Art. 3°.- Apruébase la Carta de Derechos y Garantías explícitas en la prevención sanitaria y la promoción de la salud de las mujeres titulares de pensiones no contributivas que como Anexo II forma parte integrante de la presente resolución.

Art. 4°.- Apruébase el modelo de convenio a suscribirse entre el MINISTERIO DE SALUD y las distintas jurisdicciones provinciales y el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, destinado a la implementación del PROGRAMA INCLUIR SALUD, que como Anexo III forma parte integrante de la presente resolución, y los contenidos mínimos del Compromiso Anual con las Provincias, que se adjunta como Anexo IV de la presente. La SECRETARIA DE PROMOCION Y PROGRAMAS SANITARIOS adecuará anualmente los contenidos mínimos del Compromiso Anual para fijar los resultados de desempeño sanitario.

Art. 5°.- Apruébase el padrón de cada jurisdicción y los valores correspondientes a cápita bruta, cápita neta y retención PACBI de acuerdo al Anexo V de la presente.

Art. 6°.- Delégase en la SECRETARIA DE PROMOCION Y PROGRAMAS SANITARIOS de este Ministerio, la facultad de disponer los pagos y de autorizar las transferencias de fondos a las distintas jurisdicciones, para el correcto cumplimiento del PROGRAMA INCLUIR SALUD.

Art. 7°.- Facúltase a la SECRETARIA DE PROMOCION Y PROGRAMAS SANITARIOS de este Ministerio a dictar las normas complementarias, interpretativas y aclaratorias de la presente Resolución, como así también el Reglamento Operativo, tendientes a garantizar el adecuado funcionamiento del PROGRAMA.

Art. 8°.- Autorízase a la SECRETARIA DE PROMOCION Y PROGRAMAS SANITARIOS de este Ministerio, a suscribir los Convenios a firmarse con las distintas jurisdicciones cuyo modelo se aprueba por el Artículo 4° de la presente.

Art. 9°.- Autorízase a la SECRETARIA DE PROMOCION Y PROGRAMAS SANITARIOS de este Ministerio, a suscribir los Compromisos Anuales, documentos, normas y demás instrumentos administrativos que resulten necesarios para la adecuada ejecución e implementación del PROGRAMA INCLUIR SALUD.

Art. 10.- Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial a sus efectos y archívese.

Juan L. Manzur.

ANEXO I

DEFINICION

El PROGRAMA INCLUIR SALUD es un sistema de aseguramiento público del acceso a los servicios de salud, de los beneficiarios de pensiones no contributivas, a través de los gobiernos de las respectivas jurisdicciones donde éstos residen.

BENEFICIARIOS

Podrán ser beneficiarios del PROGRAMA INCLUIR SALUD, los titulares de pensiones no contributivas.

Los beneficiarios podrán solicitar la incorporación al Programa de un familiar cuando: (a) se acredite que requieren atención especial de salud; (b) no cumplan requisitos para ser titular de una PNC. La incorporación requerirá la aprobación del Ministerio de Salud de la Nación.

SERVICIOS MEDICOS

Los servicios médicos que presten las distintas jurisdicciones a los beneficiarios de pensiones no contributivas, deberán ajustarse a lo dispuesto por el programa Médico Obligatorio fijado por resolución N° 201/02 y normas complementarias.

Se priorizará la atención de enfermedades de Alto Costo y Baja Incidencia, entendiendo por éstas desde el punto de vista clínico aquellas que corresponden a cualquier patología que, además de una dificultad técnica en su resolución, implican un alto riesgo en la recuperación y alguna probabilidad de muerte y que, desde lo económico involucran un desembolso monetario significativo, que excede algún umbral considerado normal, ya sea por episodio, por período de tiempo, o en relación con el ingreso familiar.

Se deberá priorizar el acceso al tratamiento oportuno e integral de las enfermedades crónicas.

Se promoverá la atención integral materno infantil y el acceso a los programas de salud sexual y procreación responsable, en forma coordinada con el Plan Nacer.

Se promoverá el cuidado de la salud de los beneficiarios y la prevención primaria de la salud a través de la detección temprana de patologías crónica prevalentes, tales como hipertensión, diabetes y cáncer.

Se reconoce a los beneficiarios del PROGRAMA INCLUIR SALUD el acceso a los medicamentos, incluidos los de patologías de alto costo y baja incidencia

Para dar cumplimiento a las prioridades de atención fijadas precedentemente la Dirección Nacional de Prestaciones Médicas realizará las siguientes acciones:

Crearé un Programa de Gobernanza Clínica orientado a las enfermedades de Alto Costo y Baja Incidencia de mayor prevalencia y al tratamiento de las enfermedades crónicas.

Coordinará el acceso al tratamiento oportuno de los pacientes a través de un Centro de Referencia de pacientes.

Reorganizará su sistema de auditoría médica y realizará auditorías de efectividad clínica independientes.

Monitoreará los resultados sanitarios obtenidos de las acciones contenidas en los puntos precedentes.

Desarrollará un sistema de gestión de beneficiarios orientado al registro de prestaciones clínicas recibidas, el que será integrado con los sistemas de información del Plan Nacer.

Desarrollará un sistema de monitoreo de satisfacción de usuarios, con representación provincial, para contar con información de acceso, cobertura y calidad de atención.

ANEXO II

CARTA DE DERECHOS Y BENEFICIOS

De acuerdo a lo enunciado en la presente Resolución, se expresan los contenidos que se incluirán en la Carta de derechos y beneficios a las mujeres con Pensión no Contributiva (PNC) por ser madres de 7 o más hijos para incentivar la Promoción y Prevención de la Salud.

- Atención integral en todos los centros de salud nacionales, provinciales o municipales.
- Ser atendido con respeto y de modo personalizado por el equipo de salud, sin discriminación de color, raza, religión, nacionalidad, edad o condición social.
- Derivación a centros especializados en caso de ser necesario para garantizar la integralidad de la prestación médica.
- Recibir charlas de educación y salud reproductiva, así como también de planificación familiar de acuerdo a su elección.
- Recibir charlas sobre la promoción de salud en pacientes pediátricos.
- Recibir charlas de prevención y promoción de la salud en temas de alta prevalencia como hipertensión, diabetes y otras.
- Controles médicos anuales.
- Toma de muestra para PAP / Anatomía patológica / colposcopia en forma anual.
- Mamografía anual o bianual según la edad.
- Consejería sobre temas de preocupación familiar como tabaquismo, alcoholismo, adicciones a drogas y otros temas que ayuden a optimizar la relación familiar.

ANEXO III

CONVENIO MARCO

Entre el MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION, representado en este acto porDr. con domicilio en Avenida 9 de Julio 1925, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en adelante denominado EL MINISTERIO, por una parte y el Gobierno de la Provincia de..... representado en este acto por el Señor Ministro de Salud,..... con domicilio en la en adelante denominada LA PROVINCIA, por la otra, se procede a suscribir el presente CONVENIO MARCO sujeto a las siguientes cláusulas:

CAPITULO I: ALCANCES DEL CONVENIO

PRIMERA: "DEL OBJETO". La PROVINCIA adhiere al Programa, conforme las normas, procedimientos y regulaciones que se desarrollan en el presente Convenio y en el Reglamento Operativo, con el fin de brindar atención médica integral a los beneficiarios de Pensiones No Contributivas (PNC) residentes en el ámbito territorial de la Provincia de..... El MINISTERIO reembolsará a la Provincia los costos que ésta incurra en la prestación de servicios de salud de los beneficiarios del Programa, de acuerdo a lo establecido en el Capítulo III de la presente.

La Dirección Nacional de Prestaciones Médicas (DNPM) será la responsable de coordinar el Programa en el ámbito del MINISTERIO.

SEGUNDA: "DE LA DOCUMENTACION QUE INTEGRA EL CONVENIO".

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. Forman parte integrante del presente Convenio los siguientes Anexos:

ANEXO I: Modelo Prestacional.

ANEXO II: Cobertura de Patologías de Alto Costo y Baja Incidencia.

LA PROVINCIA acepta integralmente los términos del Reglamento Operativo que reglamenta la ejecución del Programa. EL MINISTERIO se reserva el derecho de efectuar cambios en el Reglamento Operativo, los que para entrar en vigencia deben ser comunicados fehacientemente a la PROVINCIA.

Las partes acuerdan suscribir mientras el Convenio Marco esté vigente Compromisos Anuales en los que se definirán, entre otras materias: las expectativas comunes y responsabilidades respecto de atención, cumplimiento de metas y objetivos, acciones tendiente al logro de los mismos y el financiamiento de las prestaciones.

Para la interpretación de las normas el orden de prelación es el siguiente:

- Convenio Marco
- Reglamento Operativo
- Compromisos Anuales

CAPITULO II: BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA

TERCERA: “DE LA CONDICION DE BENEFICIARIO DEL PROGRAMA - REQUISITOS - ACREDITACION”.

Los beneficiarios de Pensiones No Contributivas (PNC) son beneficiarios del Programa sólo y únicamente a partir de la fecha de alta en el Padrón del Programa. Son requisitos excluyentes para la inscripción que el beneficiario sea titular de una PNC y que no posea otra cobertura médica como beneficiario del Sistema Nacional de Seguro de Salud o de la Obra Social Provincial. Los beneficiarios podrán solicitar la incorporación al Programa de un familiar cuando: (a) se acredite que requieren atención especial de salud; (b) no cumplan requisitos para ser titular de una PNC. La incorporación requerirá la aprobación del Ministerio de Salud de la Nación. LA PROVINCIA brindará cobertura a los beneficiarios que hayan tramitado su inscripción y estén incluidos en el PADRON a que hace referencia la CLAUSULA CUARTA. La condición de beneficiario inscripto se acreditará mediante la presentación de la orden de pago previsional de una PNC con la leyenda de incorporación al Programa o con la credencial de identificación como beneficiario al Programa y uno de los últimos tres recibos de cobro de la PNC. Los beneficiarios en tránsito que padezcan una situación de emergencia, serán atendidos por la Red Prestacional Local de acuerdo a la normativa emanada de la DNPM.

CUARTA: “DEL PADRON DE BENEFICIARIOS”. EL MINISTERIO se compromete a hacer entrega del Padrón de Inscriptos a LA PROVINCIA en el momento de la firma del presente. El MINISTERIO informará las altas cuando sean comunicadas por la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales -CNPA-. Trimestralmente se validará las condiciones de elegibilidad de los beneficiarios incluidos en el PADRON a través de las bases del Plan Nacer y del Sistema de Identificación Nacional Tributario y Social (SINTYS).

CAPITULO III: DE LAS PRESTACIONES Y SU FINANCIAMIENTO

QUINTA: “SERVICIOS MEDICO ASISTENCIALES PARA LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA”.

Los servicios médico-asistenciales que LA PROVINCIA se compromete expresamente a brindar en virtud del presente convenio son los que se detallan en el ANEXO I, según Programa Médico Obligatorio, sus modificatorias y normas nacionales.

SEXTA: “DE LOS MEDICAMENTOS”. Es responsabilidad de LA PROVINCIA en el ámbito de la UGP garantizar la provisión oportuna a los beneficiarios de los medicamentos reconocidos y prescriptos por los profesionales de su Red de Prestadores. Los profesionales que forman parte de la red prestacional de LA PROVINCIA deberán prescribir los medicamentos según su nombre genérico conforme lo establecido por Ley N° 25.649 y en el marco del PMO.

Los medicamentos que el MINISTERIO provee a través de los Programas Nacionales estarán excluidos del financiamiento de este Programa y la UGP coordinará para que tales medicamentos les sean provistos a través de los mismos.

Para el caso en que la UGP no efectivice la provisión de medicación en tiempo y forma, poniendo en riesgo la continuidad del tratamiento del beneficiario, la DNPM estará facultada para arbitrar los medios que resulten menester para garantizar la continuidad del

mismo.

SEPTIMA: “DEL FINANCIAMIENTO DEL PROGRAMA”.

7.1. El MINISTERIO financiará los costos incrementales que requiere la atención de los beneficiarios del Programa a través de:

(a) La transferencia de una cápita básica por beneficiario, que tiene por objeto cubrir el acceso a los medicamentos y a las prestaciones de salud derivadas del Programa Médico Obligatorio

(b) La transferencia de una cápita complementaria, que será un 25% adicional a la capital básica, que refleje el cumplimiento de indicadores de acceso y calidad de servicios de salud de los beneficiarios del Programa

(c) El reembolso de prestaciones no incluidas en la cápita.

7.2. LA CAPITA BASICA se transferirá a LA PROVINCIA, por cada beneficiario que se encuentre inscripto en su padrón el valor fijado para la cápita básica en el Convenio de Gestión Anual, la que se hará efectivo por mes vencido y dentro de los noventa (90) días corridos de la fecha de la recepción de la factura con los informes requeridos en el Reglamento Operativo.

7.3. LA CAPITA COMPLEMENTARIA se transferirá semestralmente a LA PROVINCIA, por cada beneficiario que se encuentre inscripto en su padrón con el cumplimiento de los indicadores de desempeño pactados para cada año en el Convenio Anual de Gestión.

OCTAVA: “DEL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE ALTO COSTO Y BAJA INCIDENCIA”.

A los efectos de garantizar un financiamiento justo y equitativo que permita brindar accesibilidad a todos los afiliados del Programa en aquellas prestaciones de baja incidencia y alto impacto económico, LA PROVINCIA autoriza a EL MINISTERIO a debitar de la facturación mensual el valor que se establezca en los respectivos convenios.

Dichos valores debitados constituirán en una cuenta extrapresupuestaria del Ministerio de Salud de la Nación el fondo con el cual se efectivizarán los reintegros que según las pautas y valores establecidos por la DNPM soliciten las provincias.

NOVENA: PRESTACIONES NO INCLUIDAS EN LA CAPITA.

9.1. “DE LAS PRESTACIONES DE HEMODIALISIS” Por la cobertura de las prestaciones de Hemodiálisis en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRTC) la PROVINCIA es responsable del control, auditoría y seguimiento de la calidad de la atención brindada por los prestadores que integran su Red, sin perjuicio de los mecanismos de control establecidos en la Cláusula Vigésima Tercera y Vigésima Cuarta, y se regirá por las Normas de Procedimiento de la DNPM que LA PROVINCIA declara conocer y aceptar.

El MINISTERIO se reserva la facultad de abonar en forma directa, por cuenta y orden de LA PROVINCIA y a su pedido, a los prestadores de hemodiálisis, debiendo LA PROVINCIA remitir a la DNPM las pertinentes facturas mensuales debidamente conformadas. Las facturas serán abonadas como prestaciones fuera de cápita, de acuerdo al valor pactado por LA PROVINCIA con sus efectores y en el marco de lo dispuesto por la Resolución N° 1000/09 MSN o la que en el futuro se dicte.

9.2. “DE LAS PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD”

Prestaciones incluidas en el “Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad”.

Las prestaciones autorizadas por la DNPM se facturarán en forma directa cuando la Institución se encuentre acreditada y registrada dentro del Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

Aquellos efectores no inscriptos dentro de dicho registro, incluyéndose el pago de la prestación de transporte, en el Sistema Único o perteneciente al sistema público serán facturados por la UGP al Ministerio una vez realizado el pago a dichos prestadores.

DECIMA: “PLAZO DE LA PRESENTACION DE LAS FACTURAS”. LA PROVINCIA deberá presentar las facturas de las prestaciones capitadas dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a la finalización del mes de referencia. Respecto a las prestaciones fuera de cápita, la entrega de la facturación deberá efectuarse dentro del plazo máximo de

noventa (90) días posteriores a la realización de la prestación.

CAPITULO IV: OBLIGACIONES DE LA PROVINCIA

DECIMOPRIMERA: “DE LA UNIDAD DE GESTION PROVINCIAL”. La PROVINCIA desarrollará las obligaciones comprometidas originadas en el presente convenio a través de la Unidad de Gestión Provincial (UGP) La UGP es responsable de la gestión y el control de la atención médico-integral prestada a los beneficiarios inscriptos.

LA PROVINCIA, dentro de los diez (10) días hábiles de firmado el presente, notificará a la DNPM el domicilio y nómina de los integrantes de la UGP. Cualquier modificación del domicilio y/o de la nómina de integrantes de la UGP deberá ser comunicada dentro de igual plazo.

Los derechos y obligaciones emergentes de la gestión acordada en el presente convenio a la UGP no podrán ser trasferidos y/o cedidos en forma parcial ni total.

Asimismo, la UGP deberá ajustarse a las normas establecidas por la autoridad competente de esa jurisdicción respecto al manejo de fondos públicos transferidos por EL MINISTERIO y notificar oportunamente a la DNPM los temas y/o denuncias que hayan originado una investigación, así como el estado del trámite.

DECIMOSEGUNDA: “DE LOS PRESTADORES”. LA PROVINCIA brindará la atención médico-integral comprometida a través del Sector Público y sólo en razón de una limitación de la capacidad instalada o de complejidad del sector, podrá otorgarla con prestadores privados; bajo su exclusiva responsabilidad y control.

El personal de LA PROVINCIA y los prestadores integrantes de la Red no tendrán relación ni vínculo jurídico alguno con EL MINISTERIO, no asumiendo éste responsabilidad alguna por las obligaciones de cualquier naturaleza que LA PROVINCIA pudiera contraer con su personal o los prestadores que integran la Red.

En el caso que LA PROVINCIA incorporara prestadores privados deberá exigirles la contratación de un seguro de responsabilidad civil contractual, extracontractual y de mala praxis médica a los efectos derivados de la ejecución de las obligaciones asumidas por aquéllos y por todo el plazo de vigencia del Convenio. A tal fin, LA PROVINCIA deberá requerir al mismo copia certificada de las pólizas correspondientes y los recibos de pago de las primas.

DECIMOTERCERA: “DE LA RED DE PRESTADORES”. LA PROVINCIA conformará una Red de Prestadores que permita la atención médico-integral de los afiliados con infraestructura calificada y suficiente de acuerdo al modelo prestacional establecido en el ANEXO I que forma parte del presente Convenio. La cobertura deberá ser equitativa y solidaria con el total de beneficiarios sin cobro de coseguros de ningún tipo.

LA PROVINCIA presentará ante la DNPM en el plazo de treinta (30) días de la suscripción del presente el listado de prestadores que conforman la Red correspondiente a todos los niveles y modalidades de atención, con la distribución de los efectores por región/zona sanitaria y los departamentos o equivalentes de la misma.

LA PROVINCIA deberá mantener actualizados los datos de la Red de Prestadores y notificar a la DNPM cualquier modificación en un plazo de diez (10) días hábiles de producida.

La Provincia deberá asignar a cada beneficiario su prestador de cabecera e informarlo a la DNPM dentro de los treinta (30) días del alta del beneficiario. El prestador de cabecera será el responsable de llevar la historia clínica del beneficiario.

DECIMOCUARTA: “DEL NOMENCLADOR DE PRESTACIONES”. LA PROVINCIA elaborará un nomenclador anual de prestaciones donde indicará los compromisos asumidos con los prestadores públicos y privados y su forma de pago si la hubiere.

DECIMOQUINTA: “DE LA HISTORIA CLINICA”. Es obligación esencial de los profesionales de la Red llevar una historia clínica personal y única por cada beneficiario inscripto al Programa, la que deberá mantenerse actualizada.

De estos registros la UGP enviará los datos que la DNPM solicite de acuerdo al reglamento operativo y los compromisos anuales.

DECIMOSEXTA: “DE LA DIFUSION DEL PROGRAMA”. LA PROVINCIA se compromete a difundir la cobertura que brinda el Programa en su ámbito territorial, con el

fin de asegurar y optimizar la prestación médico-integral de los beneficiarios. Asimismo, EL MINISTERIO podrá llevar a cabo campañas de difusión a lo largo de todo el territorio nacional que considere pertinentes.

Con respecto a los Hospitales Públicos, la UGP implementará los mecanismos necesarios a fin de asegurar el asesoramiento administrativo de los beneficiarios inscriptos.

Asimismo, deberá poner a disposición el material impreso actualizado conteniendo información general sobre: las características del Programa; la modalidad de acceso a los servicios; las direcciones y teléfonos del respectivo Ministerio Provincial, de la UGP y de las Delegaciones o referentes locales; del listado de prestadores integrantes de la Red Provincial, en los tres niveles de atención y cobertura de urgencias y emergencias, con sus respectivas direcciones y teléfonos.

DECIMOSEPTIMA: "DE LA INFORMACION". LA PROVINCIA se compromete a presentar a la DNPM la información prestacional, epidemiológica y administrativo contable que le sea requerida en los plazos y formas que establezca el Reglamento Operativo y los Compromisos Anuales de Gestión.

DECIMOCTAVA: "DE LA CUENTA BANCARIA ESPECIAL". LA PROVINCIA utilizará -en forma exclusiva y excluyente- una cuenta especial abierta a los fines de la acreditación de los fondos correspondientes al presente convenio, conforme lo dispuesto por las Resoluciones 83/95, 262/95 y Circular 9 -y las que en el futuro las complementen y/o modifiquen- de La Secretaria de Hacienda de la Nación. Los fondos depositados en dicha cuenta no podrán ser aplicados a ningún otro destino que no sea previsto en el presente convenio.

Para el caso que la legislación provincial vigente prevea que los fondos recibidos por todo concepto deberán ser depositados en una cuenta única y general, LA PROVINCIA deberá proceder a transferir las sumas recibidas en virtud de este convenio -dentro del plazo de quince (15) días de acreditados- a una cuenta especial según lo antedicho, de manera tal que permita identificar los movimientos contables correspondientes al Programa.

DECIMONOVENA: "DEL DESTINO DE LAS TRANSFERENCIAS". Los importes transferidos a LA PROVINCIA por las prestaciones comprometidas no podrán ser aplicados a otros destinos que no sean los previstos en el presente Convenio.

LA PROVINCIA únicamente podrá disponer hasta de un ocho por ciento (8%) de la cápita base a que se refiere la cláusula SEPTIMA para el funcionamiento administrativo de la UGP; a tal efecto dispondrá de un local cuyas características edilicias y de equipamiento aseguren la adecuada atención de los afiliados. Los excedentes de gastos operativos de la UGP del porcentual previsto para este concepto, serán soportados por LA PROVINCIA.

VIGESIMA: "DEL CUMPLIMIENTO DE LAS MANDAS JUDICIALES". La PROVINCIA por intermedio de la UGP se obliga a dar cumplimiento a las mandas judiciales que le sean notificadas y remitir, en tiempo y forma los informes y documentación que solicite la DNPM a fin de dar respuesta a las mismas. En este orden, la UGP ejecutará las acciones pertinentes para obligar a sus prestadores a remitirle, dentro del plazo requerido, la instrumental en fotocopia certificada, mediante la cual se acredite el cumplimiento de las medidas ordenadas. Para el supuesto de prestaciones continuas, deberá efectuar el seguimiento del caso y remitir en forma inmediata a la DNPM la documentación respaldatoria pertinente.

Asimismo, LA PROVINCIA deberá remitir en tiempo y forma los informes que con motivo de reclamos y/o requerimiento extrajudiciales formulados por los afiliados, solicite la DNPM.

Si por incumplimiento de las órdenes judiciales o falta de respuesta en término por parte de la PROVINCIA, EL MINISTERIO resultare pasible de multas y/o astreintes indebidamente aplicadas, EL MINISTERIO debitará de la cápita el importe que por tal concepto deba soportar. LA PROVINCIA se obliga a mantener indemne a EL MINISTERIO por toda suma que como consecuencia del incumplimiento o cumplimiento tardío deba abonar así como por los daños y perjuicios que tales conductas le ocasionaren.

Asimismo, se reserva el derecho de iniciar las acciones judiciales que correspondieren para la mejor defensa del Estado Nacional.

CAPITULO V: DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LA NACION

VIGESIMA PRIMERA: “DEL FINANCIAMIENTO DEL PROGRAMA” EL MINISTERIO se compromete a brindar financiamiento del presente Programa de acuerdo a lo previsto en la cláusula SEPTIMA.

VIGESIMA SEGUNDA: “DE LA IDENTIFICACION DE LOS BENEFICIARIOS”. EL MINISTERIO emitirá y entregará credenciales a los beneficiarios que la provincia valide cuando devuelva el padrón con la georreferencia de los servicios asistenciales para cada uno de ellos.

VIGESIMA TERCERA: “DE LAS AUDITORIAS”. EL MINISTERIO a través de la DNPM se reserva el derecho de realizar por sí o a través de terceros independientes auditorías y supervisión -médico, administrativo-contable y jurídica- de las obligaciones asumidas por LA PROVINCIA en el presente Convenio.

A los fines de posibilitar el ejercicio de esta facultad, LA PROVINCIA deberá implementar las medidas necesarias para garantizar el libre acceso de los profesionales de la DNPM o de terceros especialmente autorizados a la sede de la UGP y a los prestadores, a efectos de cumplimentar en terreno y/o respecto de la documentación correspondiente, los controles que estimen pertinentes y facilitar las actividades específicas.

La DNPM realizará semestralmente el monitoreo de la gestión provincial de acuerdo a pautas establecidas -a través de la herramienta de gestión destinada a tales efectos- Cuadro de Monitoreo de Gestión Provincial.

VIGESIMA CUARTA: “DE LA AUDITORIA FINANCIERA” EL MINISTERIO se reserva el derecho de ejercer los controles que estime pertinentes a fin de verificar la efectiva cancelación de las deudas de LA PROVINCIA con los prestadores integrantes de la red.

En caso de incumplimiento en tiempo y forma por parte de LA PROVINCIA en el pago a sus prestadores, EL MINISTERIO se reserva la facultad de adoptar los mecanismos que permitan asegurar la correcta atención de los afiliados, quedando expresamente establecido que podrá suspender la transferencia de fondos hasta tanto la situación quede normalizada, sin perjuicio de la obligación de LA PROVINCIA de continuar brindando la atención médico-integral comprometida.

VIGESIMA QUINTA: “DEL ACUERDO DE DEBITO PARA PAGO A PRESTADORES”. Las partes acuerdan que en situaciones de conflicto con el o los prestadores, que importen riesgo de vida y/o abandono de persona para los afiliados, el MINISTERIO se reserva la facultad de abonar en forma directa, por cuenta y orden de LA PROVINCIA, las prestaciones incluidas en el presente Convenio, con débito a la cápita de LA PROVINCIA.

Asimismo, se acuerda que idéntico temperamento procederá de verificarse situaciones de corte, discontinuidad o limitación en las prestaciones por incumplimiento por parte de LA PROVINCIA del pago a efectores, pese a haberse acreditado la transferencia de los fondos pertinentes.

VIGESIMA SEXTA: “DEL DEBITO DE CAPITAS”: Una vez realizada la validación del padrón de beneficiarios el MINISTERIO debitará las cápitadas pagadas en las subsiguientes liquidaciones toda vez que de la validación del padrón surja que un beneficiario ha fallecido o que no era elegible por el Programa por tener cobertura de obra social.

VIGESIMA SEPTIMA: “DE LOS DEBITOS DE LOS PAGOS REALIZADOS POR EL MINISTERIO”.

En los casos en que corresponda debitar sumas que resulten por aplicación de lo estipulado en las CLAUSULAS NOVENA, VIGESIMA, VIGESIMA OCTAVA y VIGESIMA NOVENA dichos débitos podrán aplicarse sobre cualquier suma a transferir a LA PROVINCIA; incluso sobre las que correspondan a períodos subsiguientes.

CAPITULO VI: DE LOS INCUMPLIMIENTOS Y EL REGIMEN DE PENALIDADES

VIGESIMA OCTAVA: “DE LOS INCUMPLIMIENTOS Y REGIMEN DE PENALIDADES”. EL MINISTERIO aplicará a LA PROVINCIA las sanciones que correspondan ante la comprobación fehaciente de:

1) demoras injustificadas en turnos para consultas, prácticas y o rechazo a la atención de los

beneficiarios se procederá a apercibir a la UGP. Si es reiterada y genera amparos se multará con 0,5% de la cápita base.

2) Ante la falta de acceso a los servicios médicos e insumos y medicamentos se penalizará con 1% de la cápita base.

3) la falta de remisión de informes en tiempo y forma de acuerdo a convenio marco, reglamento operativo y compromiso anual se penalizará con 0,2% de la cápita base.

CAPITULO VII: DISPOSICIONES VARIAS

VIGESIMA NOVENA: “DE LA GARANTIA DE INDEMNIDAD”. 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 EL MINISTERIO por cualquier suma que éste deba abonar a un beneficiario, 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. En este caso, EL MINISTERIO podrá debitar las sumas que hubiere debido abonar de aquellas que por cualquier concepto corresponda transferir a LA PROVINCIA en virtud de lo previsto en este convenio. La disposición de la presente Cláusula conservará plena eficacia durante todo el término de vigencia del convenio y su eventual prórroga.

TRIGESIMA: “DE LA COMISION MIXTA”. A efectos de la correcta aplicación del presente convenio, como instancia de tratamiento de situaciones controvertidas o a fin de analizar proyectos para el fortalecimiento institucional de la gestión, EL MINISTERIO se reserva la facultad de constituir una COMISION MIXTA en el ámbito de la DNPM y/o COFESA integrada con representantes de la misma los mismos y de LA PROVINCIA. La coordinación de la COMISION MIXTA estará a cargo de la DNPM.

TRIGESIMA PRIMERA: “DE LA RESOLUCION DE CONTROVERSIAS”. Para el supuesto de controversias respecto de la interpretación del presente acuerdo, ambas partes se someten a la jurisdicción originaria de la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

CAPITULO VIII: VIGENCIA Y TERMINACION

TRIGESIMA SEGUNDA: “DE LA DURACION DEL CONVENIO”. El presente convenio tendrá una duración de SESENTA (60) meses a partir del..... con vencimiento..... EL MINISTERIO podrá prorrogar el contrato por idéntico plazo, por única vez, en cuyo caso la decisión deberá ser notificada fehacientemente con una antelación no inferior a treinta (30) días.

TRIGESIMA TERCERA: “DE LA RESCISION ANTICIPADA DEL CONVENIO”. El MINISTERIO podrá rescindir el presente convenio, sin expresión de causa, previa notificación fehaciente a la PROVINCIA con una antelación de sesenta (60) días corridos.

TRIGESIMA CUARTA: “DE LOS DOMICILIOS”. Las partes establecen como domicilios válidos a los efectos de todas las notificaciones que deban realizarse en virtud de la ejecución del presente Convenio las indicadas a continuación:

- Ministerio de....
- domicilio.
- Ministerio de Salud de la Nación.
- Tacuarí N° 371 piso 1° - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

En prueba de conformidad se firman dos (2) ejemplares de un mismo tenor y aun solo efecto, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los..... (...) días del mes de..... del año.....

CONVENIO MARCO - ANEXO I

MODELO PRESTACIONAL

El modelo prestacional tiene como componente primordial la Atención Primaria de la Salud, el cumplimiento de las Políticas Nacionales de Prevención y Promoción y la articulación con los restantes Programas Nacionales.

La atención se centralizará prioritariamente en la Red Prestadora Pública de cada jurisdicción, debiendo garantizar la accesibilidad regional a los servicios o, en su defecto, el traslado del beneficiario hacia prestadores de otras jurisdicciones con capacidad resolutive

acorde a la demanda.

El modelo prestacional tiene los siguientes componentes:

Prácticas Médicas PMO

Todas las prácticas médicas incluidas en el Programa Médico Obligatorio estarán al alcance de los beneficiarios inscriptos en el Programa. Cada Jurisdicción será la responsable de garantizar la cobertura de estas prestaciones base, utilizando prioritariamente la Red Pública siempre que esto sea posible.

PACBI (Prestaciones Alto Costo y Baja Incidencia)

Las prestaciones incluidas en PACBI son aquellas de muy alto costo económico o cuya resolución implica una alta complejidad para la articulación de su resolución y que hace que sea necesaria una coordinación de diferentes sectores del Programa, tanto jurisdicciones provinciales como el nivel central. Dentro de las prestaciones PACBI se encuentran prestaciones quirúrgicas de alta complejidad que se realizan una única vez así como también medicamentos biológicos y otros nuevos medicamentos de administración crónica.

Prestaciones extracapitadas

Son aquellas que por sus particularidades no están incluidas en los componentes anteriores, a saber:

- Enfermedad de Gaucher
- Hemofilias
- Tratamiento dialítico crónico
- Discapacidad
- Geriátría para pacientes dependientes
- Toda otra situación que por sus características amerite esta modalidad de pago.

Otros Programas.

Es prioridad de este Programa la interrelación con otros del Ministerio de Salud de la Nación y con Programas provinciales en caso de ser posible. El Plan Nacer, Remediar, Programa Nacional de SIDA-ETS, Salud Sexual u otros que en el futuro implemente la Cartera Nacional serán motivo de acciones conjuntas a los efectos de optimizar recursos y accesibilidad a los beneficiarios. La base de datos de los inscriptos puede ser compartida por otros programas para la planificación de acciones.

El programa podrá adherir a las leyes nacionales de salud a través de una Resolución Ministerial.

Todas las prestaciones médicas de diagnóstico, tratamiento, insumos y medicamentos son al 100% de gratuidad para el beneficiario.

CONVENIO MARCO - ANEXO II

COBERTURA DE PATOLOGIAS DE ALTO COSTO Y BAJA INCIDENCIA

A. TRANSPLANTES:

1) Médula Ósea:

- Aplasia medular idiopática o adquirida no secundaria a invasión neoplásica.
- Tumores hemáticos (linfomas, leucemias).
- Mieloma múltiple.
- Otros casos, con el aval de Sociedad Científica Nacional.
- Se reconocerá el reintegro por recolección y criopreservación de células progenitoras en médula ósea y/o sangre periférica.

2) Renal

- Con donante vivo relacionado.
- Con donante cadavérico.

3) Cardíaco

4) Cardiopulmonar

5) Pulmonar

6) Hepático

- Con donante vivo relacionado.
- Con donante cadavérico.

7) Renopancreático

8) Páncreas

9) Intestino

10) Masivo de Hueso para casos de cirugía de tumores óseos.

11) Cornea

Inclusiones:

- Los estudios inherentes a la evaluación técnica o viabilidad médica del trasplante (evaluación pre-trasplante), que no estén incluidos en el seguimiento habitual para el diagnóstico, pronóstico y

tratamiento de la enfermedad de base, hasta demostrar la falta de alternativas terapéuticas para la

insuficiencia del órgano que requiere el trasplante.

- Los gastos de procuración del órgano y/o tejido que corresponda, los estudios de histocompatibilidad

y la cirugía de ablación (cuando corresponda).

- El procedimiento quirúrgico específico bajo modelo modular integral.

- Los estudios y evaluaciones de seguimiento específico del trasplante (estudios postrasplante)

a fin de verificar la viabilidad del órgano transplantado mediante prácticas que entrañen riesgo potencial para su vitalidad.

- Medicación inmunosupresora en la etapa posterior a la realización de los trasplantes detallados

ut supra de por vida del paciente.

- Asesoría institucional en la temática transplantológica.

Exclusiones:

- Traslado de pacientes y familiares.

- Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de

atención de pacientes y familiares.

- Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de base y sus interurrencias.

- Complicaciones que excedan el módulo de trasplante (prolongación de internación, reintervenciones,

reinternación por interurrencias).

- Trasplantes en el extranjero.

B. ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA DEL PANCREAS

Inclusiones:

- Tratamiento farmacológico con DNASA

- Tratamiento farmacológico con Tobramicina aerosolizada para neumonías por pseudomonas aeruginosa

- Asesoría a nivel institucional en la temática referida.

Exclusiones:

- Traslado de pacientes y familiares.

- Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención de pacientes y familiares.

- Diagnóstico de la enfermedad de base y sus interurrencias.

- Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.

C. ESCLEROSIS MULTIPLE

Se dará cobertura de Interferón beta 1a-1b, copolímero - 1 en los siguientes casos:

1. Forma Remitente Recidivante.

2. Forma Secundaria Progresiva clínicamente activa.

Inclusiones:

- Tratamiento farmacológico

Exclusiones:

- Idem anteriores

D. HORMONA DE CRECIMIENTO (SOMATOTROFINA)

Se dará cobertura en los siguientes casos:

1. Déficit de la hormona.

2. Insuficiencia Renal Crónica.
3. Síndrome de Turner.
4. Síndrome de Prader Willi
5. Panhipopituitarismo postquirúrgico por resección tumoral

Inclusiones:

- Tratamiento farmacológico

Exclusiones:

- Idem anteriores

E. CIRUGIAS CARDIOVASCULARES Y NEUROCIRUGIAS

Inclusiones:

- Intervenciones incluidas en los códigos 10.04, 10.05, 11.04, 13.04 y 5.03 en el Nomenclador de Hospital Público de Gestión Descentralizada Resolución 855/00 Ministerio de Salud de la Nación.

Exclusiones:

- Idem anteriores

F. NEUROCIRUGIA ESTEREOTAXICA.

Inclusiones:

- Práctica modulada específica, cuando no fuere posible realizar o estuviere contraindicada la cirugía convencional.

Exclusiones:

- Idem anteriores

G. RADIONEUROCIRUGIA

Inclusiones:

- Práctica modulada específica por tratamiento completo. El número de aplicaciones y dosis que fuere necesaria, incluyendo el retratamiento de recidivas dentro de los 6 meses de realizado.

Procedimiento reconocible cuando no fuere posible realizar o estuviere contraindicado el tratamiento quirúrgico o radioterápico (Telecobalto o Acelerador Lineal de partículas) convencional. El valor de referencia será establecido por la DNPM. Excedentes a cargo de la Jurisdicción.

Exclusiones:

- Idem anteriores

H. EMBOLIZACION SELECTIVA DE VASOS INTRACRANEANOS CONAPLICACION DE COILS, PARTICULAS O PRODUCTOS TROMBOSANTES, POR MODULO COMPLETO.

Inclusiones:

- Práctica modulada específica por el procedimiento de Neurointervencionismo endovascular, embolización de coils, partículas o productos trombosantes, en aneurismas o malformaciones arteriovenosas del SNC cuando no fuere posible realizar o estuviere contraindicado tratamientos convencionales.

Por procedimiento modulado completo, independiente del número de sesiones requeridas.

El valor de referencia será establecido por la DNPM. Excedentes a cargo de la Jurisdicción.

Exclusiones:

- Idem anteriores

I. INSTRUMENTACION DE COLUMNA (ANTERIOR, POSTERIOR O AMBAS)

Se dará cobertura en los siguientes casos:

1. Escoliosis idiopática del niño o adolescente que involucre 6 o más niveles.

Inclusiones:

- Reintegro por el material de instrumentación específico de estabilización.

Exclusiones:

- Idem anteriores

J. TRATAMIENTO AGUDO DEL GRAN QUEMADO DE MÁS DEL 10% DE LA SUPERFICIE CORPORAL.

Inclusiones:

- Práctica modulada específica, primeros 30 días de internación.

Exclusiones:

- Idem anteriores

k. CARDIODESFIBRILADOR IMPLANTABLE. (NO RESINCRONIZADOR)

Se dará cobertura en los siguientes casos:

1. Síndrome de Brugada

2. Episodios de muerte súbita por arritmia ventricular refractaria a los antiarrítmicos y fracción de eyección VI > del 20%, con EEF que demuestre inducción de arritmia ventricular sostenida con fallo de bomba.

Inclusiones:

- Provisión de cardiodesfibrilador mono y bicamerales, con electrodos epi o endocárdicos.

Exclusiones:

- Idem anteriores

L. IMPLANTE COCLEAR

Las normas, requisitos y condiciones para acceder al reintegro de la prótesis se establecen en el Programa para el Otorgamiento de Subsidios por Implante de Prótesis Cocleares creado por la Resolución N° 1276/02 - APE.

Inclusiones:

- Reintegro del gasto correspondiente a la prótesis específica (implante coclear)

Exclusiones:

- Idem anteriores

- Calibración y controles posteriores

M. RILUZOLE

En el tratamiento de la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA). No se reconocerá en otras formas de enfermedad de la neurona motora.

Inclusiones:

- Riluzole

Exclusiones:

- Idem anteriores

N. MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS Y ANTICUERPOS

Se reconocerá la provisión de los medicamentos detallados a continuación según protocolos de indicación y pautas de seguimiento y control detalladas en la Normativa de Reintegro.

Inclusiones:

- Etanercept

- Infliximab

- Imatinib

- Rituximab

- Abatacept

- Adalimumab

- Bevacizumab

- Cetuximab

- Dasatinib

- Erlotinib

- Sorafenib

- Sunitinib

- Trastuzumab

- Temsirolimus

- Gefitinib

- Lapatinib

- Nilotinib

Eritropoyetinas para uso oncológico

Exclusiones:

- Idem anteriores

O. BOMBA DE BACLOFENO

Se reconocerá a afiliados con certificado de discapacidad en los casos en que la

espasticidad:

- interfiere sobre la funcionalidad, imposibilitando llevar a cabo las actividades de la vida diaria o desarrollar actividades laborales o
- provoca dolor intratable o
- interfiere con el sueño
- Con antecedente de falta de respuesta a tratamientos alternativos.

Inclusiones:

- Reintegro del gasto correspondiente a la bomba de baclofeno

Exclusiones:

- Idem anteriores
- Gastos por implante de la bomba

P. SILLAS DE RUEDAS ESPECIALES

Se reconocerá a afiliados con certificado de discapacidad aquellas sillas de ruedas que presenten las siguientes características presentando las justificaciones por el profesional especialista interviniente, quien además informará las alternativas existentes.

Inclusiones:

Sillas tipo A

- Livianas con cuadro de aluminio
- Respaldo fijo a 90° o reclinable
- Ruedas traseras de 40 a 60 cm de diámetro, montadas sobre rulemanes. Llantas macizas o neumáticas
- Ruedas traseras de 24 de diámetro, montadas sobre rulemanes. Llantas macizas o neumáticas, con comando y freno en ambas.
- Apoya brazos desmontables o rebatibles tipo escritorio
- Apoya pies desmontables, rebatibles y/o giratorios y graduables en altura con pedanas antideslizantes
- Tapizada en cuerina lavable reforzada o tela de avión con base de nylon o neoprene
- Apoya cabezas desmontable (opcional)
- Mesa pedagógica o de trabajo (opcional)
- Protectores de rayos en las ruedas y aros de impulso (opcional)
- Plegable en sentido lateral

Sillas tipo B

- Modelos conformados o a medida o sistemas posturales
- Cuadro fijo
- Sistema de inclinación TILT o sistema CGB (Centro de Gravedad Balanceado)
- Apoya cabezas con soporte de movimiento universal
- Ultralivianos aluminios con aleaciones de titanio u otros
- Eje de ruedas traseras con desacople rápido (quick release)
- Plegado frontal
- Apoya pies con pedana única
- Protectores laterales

Exclusiones:

- Traslado de pacientes y familiares.
- Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención, de pacientes y familiares.
- Diagnóstico de la enfermedad de base y sus interurrencias.
- Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida

Q. DROGAS ANTI HIV NO CUBIERTAS POR PROGRAMA NACIONAL HIV/SIDA

Se reconocerá la provisión de los medicamentos detallados a continuación según protocolos de indicación y pautas de seguimiento y control detalladas en la Normativa de Reintegro.

Inclusiones:

- Raltegravir
- Maraviroc
- Etravirina

Exclusiones:

- Idem anteriores

R. ENFERMEDADES DE DEPOSITO

Se dará cobertura de reemplazo enzimático a beneficiarios con certificado de discapacidad en los siguientes casos:

1) MUCOPOLISACARIDOSIS II (Síndrome de Hunter)

Inclusiones:

Terapia de reemplazo enzimático: Idursulfase (Elaprase). 0,5 mg/kg semanales.

El Tratamiento en menores de cinco años no está determinado.

2) MUCOPOLISACARIDOSIS VI (Síndrome de Maroteaux - Lamy)

Inclusiones:

Terapia de reemplazo enzimático: Galsulfasa (Naglazyme). 1mg/kg semanales. El tratamiento en menores de cinco años no está determinado.

3) ENFERMEDAD DE POMPE

Inclusiones:

Terapia de reemplazo enzimático: Alglucosidasa alfa (Myozyme). 20 mg/kg cada dos semanas.

Exclusiones:

- Traslado de pacientes y familiares.
- Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención, de pacientes y familiares.
- Diagnóstico de la enfermedad de base y sus interurrencias.
- Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.

S. MODULO PARA PROCEDIMIENTOS ODONTOLOGICOS COMPLEJOS

Se reconocerá a afiliados con discapacidad que requieran prestaciones odontológicas bajo anestesia general.

Inclusiones

Se reconocerá un valor modulado por honorarios de anestesia, honorarios odontológicos y gastos sanatoriales según protocolos de indicación y pautas detalladas en la Normativa de Reintegro

Exclusiones:

- Traslado de pacientes y familiares.
- Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención, de pacientes y familiares.
- Diagnóstico de la enfermedad de base y sus interurrencias.
- Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.

T. NEUROESTIMULADOR VAGAL IMPLANTABLE

Inclusiones

- Epilepsia refractaria a tratamiento farmacológico y no plausible de tratamiento quirúrgico resectivo.
- Recarga o cambio de batería.

Exclusiones

- Traslado de pacientes y familiares.
- Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención, de pacientes y familiares.
- Diagnóstico de la enfermedad de base y sus interurrencias.
- Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.

U. PROCEDIMIENTOS NEUROQUIRURGICAS PARA TRATAMIENTO DE DOLOR CRONICO REFRACTARIO A TRATAMIENTOS CONVENCIONALES

Inclusiones

- Colocación de sistema totalmente implantable para la infusión intratecal de fármacos
- Lesión/colocación de electrodos cerebrales profundos mediante técnica estereotáctica y microrregistro intraoperatorio e implante de generador.

Exclusiones

- Traslado de pacientes y familiares.
- Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro

de atención, de pacientes y familiares.

- Diagnóstico de la enfermedad de base y sus interurrencias.
- Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.

V. PROCEDIMIENTOS NEUROQUIRURGICOS PARA TRATAMIENTO DE MOVIMIENTOS ANORMALES Y ESPASTICIDAD RESISTENTES A TRATAMIENTO MEDICOS

Inclusiones

- Colocación de sistema totalmente implantable para la infusión intratecal de fármacos.
- Lesión/colocación de electrodos cerebrales profundos mediante técnica estereotáctica y microrregistro intraoperatorio e implante de generador.

Exclusiones

- Traslado de pacientes y familiares.
- Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención, de pacientes y familiares.
- Diagnóstico de la enfermedad de base y sus interurrencias.
- Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.

W. ENDOPROTESIS AORTICA IMPLANTABLE

Inclusiones

- Colocación de endoprótesis aórtica en situaciones de contraindicación de cirugía cardiovascular convencional.

Exclusiones

- Traslado de pacientes y familiares.
- Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención, de pacientes y familiares.
- Diagnóstico de la enfermedad de base y sus interurrencias.
- Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.

W. MODULO PARATIROIDECTOMIA

Inclusiones

- Hiperparatiroidismo secundario a Insuficiencia Renal Crónica Terminal.

X. MODULO PRETRASPLANTE RENAL (SITUACIONES PARTICULARES)

Inclusión

- Módulo pretrasplante que por alguna indicación o complicación sale de la situación ordinaria de la evaluación pretrasplante.

Y. TERAPIA RADIANTE

Inclusiones

- Telecobaltoterapia
- Acelerador Lineal 2D
- Radioterapia tridimensional 3D
- Radioterapia estereota
- Braquiterapia de alta tasa
- Radiocirugía estereotáctica
- Radioterapia de intensidad modulada (IMRT)

ANEXO IV

COMPROMISO ANUAL

Entre el MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION, representado en este acto por..... con domicilio en Avenida 9 de Julio 1925, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en adelante denominado EL MINISTERIO, por una parte y el Gobierno de la Provincia representada en este acto por en adelante denominada LA PROVINCIA, por la otra, convienen en suscribir el presente Compromiso Anual en el marco del Convenio Prestacional celebrado el.....de octubre de 2011 Res. MS Nro.1.....:

PRIMERA: "DE LA VIGENCIA" El presente compromiso tendrá una duración de doce (12) meses a partir del 1º de noviembre de 2011 con vencimiento el 31 de octubre de 2012. EL MINISTERIO podrá prorrogar el compromiso por idéntico plazo, por única vez, en cuyo caso la decisión deberá ser notificada fehacientemente con una antelación no inferior a

treinta (30) días.

SEGUNDA: "DE LA CAPITA" El Ministerio transferirá mensualmente en concepto de cápita básica de acuerdo a lo establecido en la cláusula 7.2 del convenio marco. la suma de..... Dicha cápita es comprensiva de todo el universo de prestaciones médico-asistenciales requeridas por los afiliados, con excepción de las que en forma taxativa se enuncian en la CLAUSULA NOVENA del Convenio Marco.

TERCERA: "DE LOS BENEFICIARIOS". El número de afiliados residentes en LA PROVINCIA según Padrón al 1º de noviembre de 2011 alcanza a cuarenta y seis mil novecientos setenta y cuatro (46.974) beneficiarios.

CUARTA: "DEL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE ALTO COSTO Y BAJA INCIDENCIA" LA PROVINCIA autoriza a El MINISTERIO a debitar de la facturación mensual el valor de pesos OCHO (\$ 8.-) por cápita, para solventar el gasto que demande la cobertura de las prestaciones consideradas de alto costo y baja incidencia detalladas en el ANEXO II. Es responsabilidad exclusiva de LA PROVINCIA la cobertura en tiempo y forma de dichas prestaciones y/o provisiones.

La DNPM brindará asesoramiento en cuanto a los aspectos técnicos relacionados con esta cobertura.

La transferencia de fondos a LA PROVINCIA por este concepto se efectivizará vía reintegro, previa autorización del mismo por parte de la DNPM, y según las pautas y valores establecidos en la Normativa para la tramitación del Reintegro de Gastos de la DNPM que LA PROVINCIA declara conocer y aceptar.

Esta cobertura no se considera fuera de cápita sin perjuicio de su tratamiento específico.

EL MINISTERIO se compromete a entregar semestralmente a LA PROVINCIA un informe sobre la transferencia de fondos por las prestaciones incluidas en el ANEXO II.

Las partes declaran que los domicilios válidos a los efectos de todas las notificaciones son los indicados en el exordio del presente compromiso y ya declarados en el Convenio Marco suscripto.

En prueba de conformidad se firman dos (2) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los... días del mes de octubre del año 2011.

ANEXO V

Jurisdicción	Padrón de beneficiarios (Noviembre 2011)	Valor cápita	Valor Débito PACBI	Neto
PROVINCIA DE CATAMARCA	13.468	\$ 74,93	\$ 8,00	\$ 66,93
PROVINCIA DE CORDOBA	59.106	\$ 84,15	\$ 8,00	\$ 76,15
PROVINCIA DE CORRIENTES	55.036	\$ 79,56	\$ 8,00	\$ 71,56
PROVINCIA DEL CHACO	58.399	\$ 79,56	\$ 8,00	\$ 71,56
PROVINCIA DEL CHUBUT	5.953	\$ 93,67	\$ 6,00	\$ 87,67
PROVINCIA DE ENTRE RIOS	27.714	\$ 77,22	\$ 8,00	\$ 69,22
PROVINCIA DE FORMOSA	35.338	\$ 77,22	\$ 8,00	\$ 69,22
PROVINCIA DE JUJUY	22.577	\$ 77,22	\$ 8,00	\$ 69,22
PROVINCIA DE LA PAMPA	7.985	\$ 93,67	\$ 6,00	\$ 87,67
PROVINCIA DE LA RIOJA	12.899	\$ 74,93	\$ 8,00	\$ 66,93
PROVINCIA DE MENDOZA	26.506	\$ 77,22	\$ 8,00	\$ 69,22
PROVINCIA DE MISIONES	53.051	\$ 77,22	\$ 8,00	\$ 69,22
PROVINCIA DEL NEUQUEN	8.358	\$ 93,67	\$ 6,00	\$ 87,67
PROVINCIA DE RIO NEGRO	10.074	\$ 93,67	\$ 6,00	\$ 87,67
PROVINCIA DE SALTA	46.974	\$ 77,22	\$ 8,00	\$ 69,22
PROVINCIA DE SAN JUAN	24.388	\$ 77,22	\$ 8,00	\$ 69,22
PROVINCIA DE SAN LUIS	14.690	\$ 74,93	\$ 8,00	\$ 66,93
PROVINCIA DE SANTA CRUZ	2.883	\$ 93,67	\$ 6,00	\$ 87,67
PROVINCIA DE SANTA FE	33.835	\$ 81,68	\$ 8,00	\$ 73,68
PROVINCIA DE SANTIAGO DEL ESTERO	57.683	\$ 79,56	\$ 8,00	\$ 71,56
PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO	1.030	\$ 140,50	\$ 6,00	\$ 134,50
PROVINCIA DE TUCUMAN	58.578	\$ 79,56	\$ 8,00	\$ 71,56

