DECRETO 3083/2008
PODER EJECUTIVO PROVINCIAL (P.E.P.)

Atención médico integral de los beneficiarios de Pensiones No Contributivas (PNC) afiliados al Programa Federal (PROFE).
Del: 31/10/2008; Boletín Oficial 02/12/2008

Visto el expediente 45-S-08-77791, en el cual se solicita la aprobación del Convenio celebrado oportunamente entre el Ministerio de Salud de la Nación, representado por la Sra. Ministro de Salud Lic. María Graciela Ocaña y el Gobierno de la Provincia de Mendoza, representado por el Sr. Ministro de Salud Dr. Aldo Sergio Saracco, para la atención médico integral de los beneficiarios de Pensiones No Contributivas (PNC) afiliados al Programa Federal (PROFE), residentes en el ámbito territorial de la Provincia de Mendoza.
Por ello, en razón del pedido formulado,
EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA
DECRETA:

Artículo 1º- Apruébese el Convenio celebrado oportunamente entre el Ministerio de Salud de la Nación, representado por la Sra. Ministro de Salud Lic. María Graciela Ocaña y el Gobierno de la Provincia de Mendoza, representado por el Sr. Ministro de Salud Dr. Aldo Sergio Saracco, para la atención médico integral de los beneficiarios de Pensiones No Contributivas (PNC) afiliados al Programa Federal (PROFE), residentes en el ámbito territorial de la Provincia de Mendoza, el que en fotocopia autenticada como Anexo forma parte integrante del presente decreto.
Art. 2º- Comuníquese, publíquese, dése al Registro Oficial y archívese.
CELSO ALEJANDRO JAQUE - Aldo Sergio Saracco

ANEXO
Entre el Ministerio de Salud de la Nación, representado en este acto por la Señora Ministra de Salud Lic. María Graciela Ocaña 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 Mendoza representado en este acto por el Ministro de Salud Pública Dr. Aldo Sergio Saracco con domicilio en Casa de Gobierno 5º piso Cuerpo Central Peltier 351, ciudad de Mendoza, en adelante denominada La Provincia, por la otra, se procede a suscribir el presente Convenio sujeto a las siguientes cláusulas:
Primera: Del Objeto. El Ministerio encomienda a La Provincia la atención médico integral de los beneficiarios de Pensiones No Contributivas (PNC) afiliados al Programa Federal (PROFE), residentes en el ámbito territorial de la Provincia de Mendoza y cuya ejecución se encuentra a cargo de El Ministerio a través de la Dirección Nacional de Prestaciones Médicas (DNPM).
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, leyes nacionales y las especificaciones de los Anexos del presente acuerdo.
Segunda: De la condición de afiliado al PROFE - Requisitos - Acreditación. Los beneficiarios de Pensiones No Contributivas (PNC) son beneficiarios del PROFE sólo y

únicamente a partir de la fecha de alta en el Padrón del Programa. La percepción del beneficio de una pensión no contributiva no determina la afiliación automática y obligatoria al PROFE. La Provincia brindará cobertura a los beneficiarios que hayan tramitado su afiliación y estén incluidos en el Padrón PROFE a que hace referencia la Cláusula Tercera. Son requisitos excluyentes para la afiliación que el beneficiario sea titular de una PNC y no posea otra cobertura médica como beneficiario del Sistema Nacional de Seguro de Salud o de la Obra Social Provincial, ya fuere como titular o familiar a cargo. La condición de afiliado al PROFE se acreditará mediante la presentación de la orden de pago previsional de una PNC en la que conste la leyenda de afiliación al Programa o con la credencial de identificación como afiliado al Programa otorgada por la Unidad de Gestión Provincial (UGP) y uno de los últimos tres recibos de cobro.
Para los residentes en La Provincia beneficiarios de PNC no inscriptos en el Padrón de afiliados al PROFE y los afiliados al PROFE como pertenecientes al Padrón de otra jurisdicción se aplicará lo establecido en el Anexo II del presente Convenio.
Tercera: De los Beneficiarios. El número de afiliados residentes en La Provincia según Padrón al 10 de marzo de 2008 alcanza a once mil setecientos treinta (11.730). El Ministerio se compromete a hacer entrega del Padrón de Afiliados a La Provincia en el momento de la firma del presente. Las altas y bajas serán notificadas por El Ministerio a La Provincia dentro de los treinta (30) días corridos de producidas. La Provincia se obliga a remitir trimestralmente a la DNPM en soporte magnético y, por escrito el Padrón actualizado de la Obra Social Provincial.
Cuarta: De la Unidad de Gestión Provincial. La Provincia desarrollará las obligaciones comprometidas originadas en el presente convenio a través de la Unidad de Gestión Provincial (UGP), conforme lo acordado en el Anexo III.
La UGP es responsable de la gestión y el control de la atención médico integral prestada a los afiliados.
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.
Quinta: 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 seis por ciento (6%) de la transferencia a que se refiere la cláusula Sexta 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 según Anexo III.
Los excedentes del porcentual previsto para este concepto, serán soportados por La Provincia.
Sexta: “De la Cápita”. El pago de los servicios a brindar en virtud del presente Convenio se realizará mediante el sistema de cápita integral. A tal efecto, El Ministerio transferirá a La Provincia, por cada beneficiario que se encuentre inscripto en su padrón el valor fijado para la cápita, el 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 del Anexo IV y V punto 1.
El Ministerio transferirá mensualmente en concepto de cápita integral la suma de pesos veintiséis ($ 26,00) por cada afiliado.-
Séptima: “De la Difusión del Programa”. La Provincia se compromete a difundir la cobertura que brinda el PROFE en su ámbito territorial, con el fin de asegurar y optimizar la prestación médico integral de los afiliados. Asimismo, El Ministerio podrá llevar a cabo

campañas de difusión a lo largo de todo el territorio nacional que considere pertinentes.
La Provincia, a través de la UGP, proveerá de un carnet o credencial de identificación a los afiliados, en el que constará el nombre del médico o Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de cabecera, el Hospital de referencia para concurrir en caso de urgencias número de teléfono del Servicio de Urgencias y Emergencias, y el número de teléfono de la UGP o cabecera de red ante quién realiza consultas o reclamos.
Con respecto a los Hospitales Públicos, la UGP implementará los mecanismos necesarios a fin de asegurar el asesoramiento administrativo de los afiliados.
Asimismo, deberá poner a disposición de los beneficiarios 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.
La Provincia podrá diversificar el contenido del antedicho material, modificando en cada uno el grado de detalles contenidos; a este efecto resulta imprescindible que en el ámbito de los Departamentos del interior de la Provincia se proporcione mayor información respecto de la Red Local y el listado de los efectores de referencia o derivación en el ámbito de la capital provincial.
El material impreso a distribuir deberá ser presentado a la Dirección Nacional de Prestaciones Médicas en un plazo de treinta (30) días corridos desde la firma del presente convenio.
Esta información deberá también difundirse entre el personal y efectores que integra la Red Provincial de atención. El gasto que demande dicho material está comprendido dentro del porcentual mencionado en la Cláusula Quinta.
Octava: 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 afiliados sin cobro de coseguros de ningún tipo.
La Provincia presentará ante la DNPM en el plazo de diez (10) días hábiles 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.
El Ministerio se reserva el derecho a requerir la exclusión, en cualquier momento, de aquellos prestadores que estime no reúnen los requisitos necesarios para actuar como tales a fin de garantizar la cobertura comprometida.
En tal supuesto, La Provincia deberá proceder al reemplazo del prestador dentro del plazo de diez (10) días hábiles a partir de la notificación que se le practique, sin perjuicio de continuar con la adecuada atención de los afiliados.
La Provincia está obligada a mantener no menos del setenta y cinco por ciento (75%) de los prestadores y personal de salud durante la vigencia del convenio.
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.
Novena: “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 aquellos 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.

Décima: De los Niveles de Atención". Las prestaciones a brindar por La Provincia se estructurarán en tres niveles de atención según lo especificado en el Anexo I del presente convenio.

Décimo Primera: De los Medicamentos. Es responsabilidad de La Provincia en el ámbito de la UGP garantizar la provisión oportuna, entrega y accesibilidad gratuita a los afiliados de los medicamentos reconocidos y prescriptos por los profesionales de su Red de Prestadores, tanto en tratamientos ambulatorios como en internación y sin perjuicio de la vía de excepción; todo ello según lo previsto en el Anexo I. Para el caso en que la UGP no efectivice la provisión de medicación en tiempo y forma, poniendo en riesgo la continuidad del tratamiento, la DNPM estará facultada para arbitrar los medios que resulten menester para garantizar la continuidad del mismo.

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 Nº 25.649 y en el marco del PMO.

Décimo Segunda: "De la Historia Clínica". Es obligación esencial de los profesionales del Primer Nivel de atención de la Red llevar una historia clínica personal y única por cada afiliado, la que deberá mantenerse actualizada. También serán responsables de la confección del formulario de referencia o resumen de historia clínica, en los que harán constar los datos esenciales para la referencia del beneficiario que acceda a otro nivel de atención.

Será obligación esencial de los prestadores del Segundo y Tercer Nivel remitir regularmente al Primer Nivel -depositario permanente de la historia clínica- la información correspondiente a interconsultas, prácticas o internación producidas, mediante formulario de contrarreferencia, informe médico del especialista o resumen de hospitalización o egreso a efectos de que dicha información obre en la historia clínica.

Décimo Tercera: "De las Auditorías". El Ministerio a través de la DNPM se reserva el derecho de realizar 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 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 -a través de la herramienta de gestión destinada a tales efectos- Cuadro de Monitoreo de Gestión Provincial- de acuerdo a las pautas establecidas en el Anexo VIII.

Décimo Cuarta: "De la Información". La Provincia se compromete a presentar a la DNPM la información prestacional, epidemiológica y administrativo contable según Anexos IV y V del presente; así como todo otro dato que requiera El Ministerio para precisar, ampliar o aclarar la información relativa a las prestaciones brindadas o documentación remitida.

Décimo Quinta: "De la Coordinación de Acciones". La Provincia se compromete a colaborar con El Ministerio en la coordinación y articulación de las acciones con otros Programas Provinciales y Nacionales existentes en la provincia o que se incorporen en el futuro, con el objetivo de optimizar la utilización de los recursos, mejorar la cobertura y la calidad de la atención en el marco de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud y evitar la superposición de acciones sanitarias.

Décimo Sexta: "De los Pasivos entre la Provincia y la Red de Prestadores". 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, de acuerdo a lo estipulado en el Anexo VI, sin perjuicio de la obligación de La Provincia de continuar brindando la atención médico integral comprometida.

Décimo Séptima: "Del Acuerdo de débito 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, según normas y módulos para los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada aprobado por Resolución Ministerial Nº 855/00 y/o sus modificaciones, 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.

Décimo Octava: "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.

Décimo Novena: "De la Garantía 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. Vigésima: "De los Incumplimientos y Régimen de Penalidades".

De constatarse los incumplimientos enunciados en el Anexo VI, El Ministerio aplicará a La Provincia las sanciones establecidas en el mismo.

Vigésimo Primera: "De los Débitos". En los casos en que corresponda debitar sumas que resulten por aplicación de lo estipulado en las Cláusulas Décimo Séptima, Décimo Octava, Décimo Novena y Vigésima, dichos débitos podrán aplicarse sobre cualquier suma a transferir a La Provincia; incluso sobre las que correspondan a periodos subsiguientes.

Vigésimo Segunda: "De la Cobertura de Prestaciones de Alto Costo y Baja Incidencia". La Provincia autoriza a El Ministerio a debitar de la facturación mensual el valor de pesos cuatro con cincuenta ($ 4,50) por cápita, para solventar el gasto que demande la cobertura de las prestaciones consideradas de alto costo y baja incidencia detalladas en el Anexo VII.

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 VII.
Vigésimo Tercera: "De las Prestaciones de Hemodiálisis" 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
Décimo Tercera, 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 Nº 1083/07 MSN o la que en el futuro se dicte.
Vigésimo Cuarta: "Plazo de la Presentación 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.
Vigésimo Quinta: "De la Cuenta Bancaria". 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 Secretaría 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. -
Sin perjuicio de lo expresado precedentemente la U.G.P., luego del pago directo de las prestaciones brindadas por los Entes Provinciales y/o terceros privados para las coberturas definidas en el presente convenio, más lo asignado para el funcionamiento administrativo, dispondrá el traspaso de la diferencia resultante, en concepto de recupero del gasto ya generado por La Provincia por la cobertura médico integral exigida en el presente acuerdo, a la Cuenta de la Ley Provincial 2036/88 y sus modificatorias "Fondo de Asistencia Financiera al Sistema Provincial de Salud", de los Hospitales de la Provincia, con el destino establecido en el Artículo 8º inciso b, punto 2 de la citada ley.
Vigésimo Sexta: "De la Rescisión 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.
Vigésimo Séptima: "De la Resolución del Convenio". No obstante el Régimen de Penalidades previsto en el presente, ante el incumplimiento de cualquier obligación por parte de La Provincia, El Ministerio se reserva el derecho de resolver sin más el presente convenio y sin perjuicio de las multas que pudieren corresponder e indemnizaciones por daños y perjuicios a que hubiere lugar conforme la legislación de fondo aplicable.
Vigésimo Octava: "De la Comisión 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 Comisión Mixta en el ámbito de la DNPM integrada con representantes de la misma y de La Provincia. La coordinación de la Comisión Mixta estará a cargo de la DNPM.

Vigésimo Novena: “De los Anexos”. Forman parte integrante del presente Convenio los siguientes Anexos:
Anexo I: Modelo Prestacional.
Anexo II: Afiliados en Tránsito y Beneficiarios fuera de Padrón
Anexo III: Unidad de Gestión Provincial (UGP).
Anexo IV: Informe Mensual del Estado de Origen y Aplicación de Fondos, del Estado de Situación Financiera Corriente y de la Información Adicional Obligatoria.
Anexo V: Informe Prestacional y Epidemiológico.
Anexo VI: Incumplimientos y Régimen de Penalidades.
Anexo VII: Cobertura de Patologías de Alto Costo y Baja Incidencia.
Anexo VIII: Cuadro de Monitoreo de Gestión Provincial.
El Ministerio con acuerdo de La Provincia podrá introducir modificaciones a los Anexos del presente siempre que las mismas no alteren el espíritu del mismo. En este supuesto, se suscribirán los acuerdos complementarios que correspondan.
Trigésima: “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 Salud de la Provincia de Mendoza.
Casa de Gobierno 5º piso Cuerpo Central Peltier 351, ciudad de Mendoza.
Ministerio de Salud de la Nación.
Hipólito Yrigoyen Nº 1447 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Trigésimo Primera: “De la Duración del Convenio”. El presente convenio tendrá una duración de diez (10) meses a partir del 1º de marzo de 2008 con vencimiento el 31 de diciembre de 2008. 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.
Trigésimo Segunda: “De la Resolución 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. 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 veintiocho (28) días del mes de febrero del año 2008.
María Graciela Ocaña - Aldo Sergio Saracco
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.
Se garantizará la atención integral, según capacidad instalada provincial y acuerdos de derivación con otras jurisdicciones o prestadores privados ante la falta de disponibilidad de efectores públicos, según normas que al respecto rijan en La Provincia. Se garantizará la atención en los tres niveles de complejidad y de las prestaciones incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO) aprobado por el Ministerio de Salud de la Nación y/o las normas que en su reemplazo se dicten en el futuro, sin topes ni copagos.
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 afiliado, sin costos para el mismo, hacia prestadores de otras jurisdicciones con capacidad resolutiva acorde a la demanda.
Cada jurisdicción deberá contar con los recursos humanos, técnicos y de infraestructura suficientes para satisfacer la demanda en cada nivel de atención.
A. Primer Nivel de Atención:
Ubicado en centros de salud, unidades sanitarias y hospitales de baja complejidad, a cargo de un equipo básico de atención primaria.
El mismo tendrá a su cargo la atención programada y de urgencia, en consultorio y cuando se requiera a domicilio, de la población asignada y deberá hacer el seguimiento personal de la misma y efectuar las derivaciones periódicas o emergentes especializadas que sean

necesarias considerando además el ámbito familiar y el contexto social y ambiental. La asignación del padrón de afiliados al médico de cabecera será nominal y deberá compatibilizar la dedicación o disponibilidad horaria semanal y el perfil de su formación con el número, características de edad y sexo de la población bajo su responsabilidad.
El número de afiliados asignados a un profesional no podrá superar los mil (1000) beneficiarios y dicho número sólo a quienes tengan dedicación exclusiva y completa o no menos de 40 hs. semanales de atención.
Cuando la población asignada nominalmente corresponda a un profesional médico de cabecera, el mismo deberá atender en un Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) de la zona o estar vinculado a un CAPS de la zona, a efectos de garantizar el registro del beneficiario en el CAPS correspondiente y permitir el acceso a los demás Programas Nacionales y Provinciales implementados para la población referenciada al mismo. La población de afiliados al ProFe residentes en zonas rurales o alejadas, asignadas nominalmente a Centros de Salud rurales y que no concurran regularmente al mismo, deberán ser controlados preventiva y periódicamente mediante rondas sanitarias, no inferiores a tres en el año por personal de campo capacitado o agentes sanitarios; quienes registrarán, asistirán o derivarán al efector que corresponda.
Forma parte además del Primer Nivel de Atención
Ambulatoria:
Laboratorio de análisis clínicos y bacteriológicos.
Diagnóstico por imágenes.
Programas de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y planes de inmunización.
Provisión de medicamentos de uso ambulatorio prescriptos por profesionales de la red de acuerdo al PMO y leyes nacionales.
Atención domiciliaria (urgencia y programada).
Traslados de Urgencia y Programados
B. Secundo Nivel de Atención:
Consulta e interconsulta especializada.
Prácticas diagnósticas y terapéuticas ambulatorias especializadas incluidas en el PMO.
Internación programada o de urgencia, la cobertura será del 100% de los gastos, incluyendo provisión de prótesis, medicamentos y material descartables que fuere necesario y prescripto por los profesionales de la red.
Atención oncológica integral con provisión de medicamentos oncológicos y coadyuvantes según Programas Nacionales.
Internación domiciliaria, cuando ello fuere posible y conveniente a los intereses del paciente.
C. Prestaciones correspondientes al Tercer Nivel de Atención: Alta Complejidad
Se incluye la totalidad de las Prácticas de Diagnóstico y Tratamiento que fueren necesarias para la correcta atención del paciente, tanto en ambulatorio como en internación, que hayan sido prescriptas por profesionales de la red asistencial y que se encuentren incluidas en el PMO.
Queda claramente expresado que independientemente del listado de prestaciones del PMO garantizadas por el presente convenio, si se demandaren otras prestaciones por prescripción de profesionales o instituciones de la Red prestadora provincial u ordenadas judicialmente, será responsabilidad exclusiva de la Provincia la cobertura de las mismas.
Del mismo modo todas las prestaciones no definidas expresamente como fuera de cápita o incluidas dentro del Fondo Solidario están incluidas dentro de la cápita asignada y estarán a cargo de la Jurisdicción.
D. Otros componentes del menú prestacional, con cobertura del 100% a cargo del PROFE de acuerdo al PMO y leyes nacionales
Al establecer el concepto de cápita integral se entiende la que incluye y articula las prestaciones enunciadas, sin perjuicio de posibles modificaciones al PMO.
Kinesiología.
Fonoaudiología

Odontología
Enfermería domiciliaria
Salud Mental en patología aguda o crónica, atención ambulatoria (consultorio externo, domiciliaria y Hospital de Día) y en internación.
Prótesis, ortesis, elementos de ayuda externa.
Optica y otoamplífonos.
Cobertura diagnóstica y terapéutica en adicciones.
Tratamiento Dialítico Crónico en Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT).
Medicamentos por vía de excepción.
HEMOFILIA
Se dará cobertura en los siguientes casos:
1. Hemofilia tipo A: Déficit de factor VIII.
2. Hemofilia tipo B: Déficit de factor IX.
3. Enfermedad de Von Willebrandt: Déficit de factor VIII postergado.
Inclusiones:
Tratamiento farmacológico a demanda con factor VII, VIII o IX
Tratamiento farmacológico profiláctico con factor VIII o IX:
Los reintegros por este concepto serán tramitados en atención a lo establecido en el Programa de Cobertura de Factores de Coagulación para Pacientes bajo Tratamiento Profiláctico de la Hemofilia aprobado por Resolución Nº 2048/03 - APE.
Tratamiento farmacológico profiláctico con factor VIII a altas dosis (inmunotolerancia-ITT) para pacientes con elevado título de inhibidor de Factor VIII. Con el correspondiente aval de la Academia Nacional de Medicina.
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 intercurrencias.
Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.
ENFERMEDAD DE GAUCHER
Se dará cobertura en los siguientes casos:
1. Enfermedad tipo I no neuropática del adulto con uno o más de los siguientes signos:
a) Trombocitopenia con tendencia al sangrado. Recuento de plaquetas menor a 120.000 x mm3
b) Anemia moderada o severa luego de excluir otras deficiencias como falta de hierro. Hemoglobina: 1,0 g/dl debajo del límite inferior para sexo y edad
c) Patología ósea luego de excluir otras causas como déficit de Vitamina D.
d) Evidencia radiológica de enfermedad esquelética más allá de la osteopenia y/o deformación de Erlenmeyer
e) Enfermedad de Erlenmeyer (patología ósea característica) evaluada a través de RM o Rx femorales o de columna.
f) Hepatomegalia significativa (tamaño hepático más de 1,25 veces del valor normal - 1.750 cc, en adultos) y esplenomegalia (tamaño cinco veces o más mayor al valor normal - 875 cc en adultos).
2. Menores de 18 años con enfermedad tipo I.
Inclusiones:
Terapia de reemplazo enzimático (Imiglucerase)
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 intercurrencias.
Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.
I. MEDICAMENTOS

1. Medicamentos en tratamientos ambulatorios

Es responsabilidad de las jurisdicciones (UGP), garantizar la provisión oportuna de los medicamentos reconocidos y prescriptos por los profesionales de su Red de efectores. El alcance del beneficio es del 100% de los productos genéricos incorporados en los listados del Programa. Remediar y del 100% para los productos genéricos que cuentan con el 70% de cobertura para la Seguridad Social (S.S.S.-MSN). Se garantizará además la provisión al 100% y entrega de fármacos prescriptos que contengan los principios activos o nombre genérico que se encuentren incluidos en el Anexo III del PMO y según leyes nacionales.

2. Vía de Excepción

El PROFE se ajustará a las Normativas Nacionales y a la Ley de Prescripción por nombre genérico, en razón de ello no se podrá gestionar como excepción ante la DNPM el reconocimiento, provisión o pago de especialidades o productos farmacéuticos indicados bajo una forma comercial o productos por fuera de los precedentemente reconocidos. En consecuencia, estará a cargo exclusivo de las jurisdicciones la provisión de estas excepciones cuando estuviere fundamentado, a juicio de sus auditores, comité técnico, profesionales evaluadores o medie orden judicial al respecto.

De plantearse la real necesidad de algún medicamento de uso programado, de alto costo y en patología de baja incidencia, que no estuviere considerado en los párrafos precedentes (Fuera de Cápita), se podrá solicitar el reconocimiento por vía de excepción, siempre y cuando dicha droga o producto contase con el reconocimiento y autorización de la ANMAT, se encuentre justificado con base en evidencias científicas publicadas para la patología específica, haya sido prescripto por un especialista perteneciente a la red de la UGP provincial, cuente con la conformidad de la auditoría de la UGP y/o comité técnico de la Jurisdicción y conformidad de la UGP local.

Dicho pedido se evaluará por las áreas técnicas del ProFe Central, luego de lo cual se dictaminará e informará a la UGP correspondiente.

En caso de ser aprobada la solicitud, el tratamiento administrativo y financiero sea como prestación por fuera de cápita.

El Ministerio reconocerá como máximo hasta el 85% del genérico de menor valor de venta al público según “Manual Kairos” a la fecha de la autorización, por lo cual de existir diferencias estarán a cargo de la Jurisdicción.

Cobertura del diagnóstico y tratamiento de enfermedades infectocontagiosas.

Provisión de material descartable de uso crónico.

Provisión de sillas de ruedas

E. Otros componentes

Internación geriátrica para afiliados dependientes o semidependientes sin recursos familiares ni económicos

Alternativas no asilares para afiliados dependientes o semidependientes sin recursos familiares ni económicos

Internación psiquiátrica crónica

F. Prestaciones no cubiertas por el Programa.

Métodos diagnósticos, pronósticos y terapéuticos en fase de investigación clínica.

Métodos diagnósticos, pronósticos y terapéuticos de las denominadas “medicinas alternativas”.

Medicaciones y/o procedimientos reconocidos como “compasivos” por ANMAT

Cirugía plástica no reparadora.

Métodos de fecundación in vitro o de fertilización asistida.

Prestaciones fuera del país.

H. PRESTACIONES POR FUERA DE CAPITA, a cargo de ProFe Central:

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 o facturado por la UGP cuando corresponda a efectores no inscriptos dentro de dicho registro; incluyéndose el pago de la prestación de transporte a efectores no inscriptos en el Sistema Único o perteneciente al

sistema público.
Medicamentos HIV/SIDA
A cargo del Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS: Tratamiento ambulatorio específico para HIV-SIDA según protocolos reconocidos por el MSN y provistos por el Programa.
A cargo de la UGP: Los productos no provistos regularmente por el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS estarán a cargo de la jurisdicción.
Estudios específicos: subpoblaciones linfocitarias, carga viral y estudios de resistencia viral.
La UGP deberá garantizar la continuidad de los tratamientos ante casos de eventuales cortes en el suministro del medicamento por parte del Programa Nacional de los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS:
La UGP u Organismo de Salud Jurisdiccional se compromete a resolver toda situación de demanda de medicamentos de los beneficiarios del Programa ante casos de emergencia.
ANEXO II
AFILIADOS EN TRANSITO Y BENEFICIARIOS FUERA DE PADRÓN
Afiliados en tránsito
Los afiliados en tránsito, correspondientes a otras jurisdicciones o provincias que padezcan una situación de emergencia y que requieran inmediata atención médica ambulatoria o de internación de impostergable ejecución, serán atendidos por la red prestacional pública de La Provincia o Red efectora del Programa de la UGP local.
El efector gestionará la autorización pertinente, poniendo en conocimiento a la UGP local.
La UGP local será responsable de: la evaluación del caso, emitir la autorización que corresponda e informar del hecho dentro de las 48 hs. hábiles de notificada, por medio fehaciente a la UGP de origen del beneficiario.
Los gastos que demande la asistencia de pacientes en tránsito, serán facturados por UGP de la jurisdicción que asiste al beneficiario a la UGP de origen del beneficiario y según listado de Prestaciones PMO y de acuerdo a los valores fijados por Resolución 488/02 del Ministerio de Salud de la Nación y/o sus modificaciones, acompañando a la mencionada facturación con la documental respaldatoria correspondiente.
Los gastos complementarios a la atención médica del afiliado en tránsito (alimentación, alojamiento y traslado en vehículos sanitarios) estarán a cargo de la UGP de la Provincia de origen.
La responsabilidad de la cobertura prestacional es la UGP de origen, la que podrá ante la notificación de la UGP receptora adoptar las medidas que estime pertinentes para el traslado y asistencia prestacional del beneficiario dentro de su Red Provincial.
En caso de controversias entre las UGP, la Dirección Nacional de Prestaciones Médicas se constituirá en instancia decisoria.
De verse obligado el ProFe Central a cancelar las facturas de prestadores o de la UGP receptora, dicho pago se realizará con débito a la cápita de la UGP de origen.
Beneficiarios fuera de padrón
Los beneficiarios del Programa, son tales a partir de la fecha de su alta al mismo. El hecho de recibir una Pensión No Contributiva no determina la afiliación automática ni obligada al mismo. y En razón de ello, de no estar afiliado al Programa y requerir asistencia médica, la misma quedará a cargo exclusivamente de La Provincia hasta tanto ingrese al Padrón de Afiliados al ProFe.
ANEXO III
UNIDAD DE GESTIÓN Y PROVINCIAL (UGP)
Funciones de la UGP
Gestionar el Programa a nivel provincial
Presentar la conformación de la Red de Prestadores provincial para la atención de afiliados, con una infraestructura calificada y suficiente, y por niveles de complejidad en todo el territorio de la jurisdicción, teniendo en cuenta que el primer nivel debe contar con capacidad resolutiva suficiente para convertirse en la puerta de entrada a la red.
Identificar a la población con asignación nominal a Médico de Cabecera y/o Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS).

lmplementar mecanismos oportunos para la provisión de medicamentos e insumos, en toda la provincia, tanto en internación como en atención ambulatoria.
Impulsar el desarrollo de programas de promoción y prevención de la salud, control y tratamiento de enfermedades de los beneficiarios.
Difundir el Programa en la Provincia asegurando la accesibilidad de los beneficiarios a la cobertura prestacional que encomienda el mismo.
Recopilar la información de la red asistencial, prestacional, de auditoría, económico - financiera, estadística y epidemiológica, para su procesamiento, análisis, evaluación y presentación ante la DNPM acorde al Convenio.
Registrar los reclamos, quejas y denuncias realizadas por los beneficiarios del Programa.
Observar la efectiva aplicación de los recursos del Programa, de acuerdo a parámetros sanitarios, poblacionales y geográficos de los beneficiarios.
Seguir las patologías crónicas vulnerables.
Realizar toda otra actividad que haga a una gestión eficaz y eficiente.
Conformación de la UGP y Funciones de sus Integrantes
Cada UGP deberá contar como mínimo con una dotación e infraestructura mínima necesaria para el correcto funcionamiento, según se describe a continuación.
Un Coordinador a cargo de la UGP.
Dos Auditores Médicos
Un Responsable Administrativo-Contable (Contador Público independiente)
Un Asesor Legal
Un Técnico en informática o capacitado para: programar, operar y cargar información
Un Asistente o Trabajador Social
Dos administrativos, ambos a tiempo completo
Según el número de hospitales regionales o de cabecera en la Jurisdicción, se podrá considerar de uno a dos administrativos en los mismos, cantidad que podrá incrementarse en razón de la población beneficiaria que cubre, capacitados para responder consultas, tramitar autorizaciones, armado y envío de documentación a la UGP, entrega de materiales a beneficiarios, gestión de turnos, etc.
La UGP podrá contar o requerir el asesoramiento de otros profesionales como: odontólogo, psicólogo, fisiatra, epidemiólogo, estadístico, etc., de resultar menester para el eficiente y eficaz desarrollo de sus tareas.
La conformación de este equipo, en número de integrantes y horas de servicio se adecuará a la cantidad y distribución geográfica de los afiliados en cada jurisdicción.
Responsabilidades y funciones del Coordinador, de los Auditores Médicos, del Responsable Administrativo - Contable (Contador Público independiente) y del Técnico en Informática
Coordinador
Es la autoridad técnico-administrativa, responsable de la Unidad de Gestión Provincial y de la articulación con la autoridad sanitaria provincial
Funciones:
Interactuar con la DNPM en las instancias requeridas.
Coordinar las actividades de los restantes integrantes de la UGP.
Implementar los mecanismos que aseguren la calidad en la atención y la satisfacción de los beneficiarios.
Garantizar la disponibilidad de información y los procesos de facturación y liquidación según tiempos y formas establecidos en el convenio.
Evaluar las quejas, denuncias y reclamos y tornar las medidas conectivas que correspondieren.
Brindar oportuna respuesta a las requisitorias formuladas por las Defensorías y órdenes judiciales con estricto cumplimiento de los plazos legales y procesales, respectivamente; así como a los requerimientos del Área Legal del ProFe Central, dentro de los plazos otorgados al efecto.
Realizar reuniones periódicas con los integrantes de la Red Prestacional, con el objetivo de informar las normas operativas y sobre los programas de prevención de enfermedades prevalentes y de promoción de la salud en consonancia con los lineamientos del ProFe y

evaluar el cumplimiento de los objetivos y metas del mismo.
Auditores Médicos
Son los responsables de la coordinación entre los distintos niveles de atención médica. Funciones:
Evaluar, planificar y realizar en forma periódica las auditorías prestacionales programadas y llevar a cabo las no programadas, cuando fueren necesarias.
Elaborar un informe de las auditorías para conocimiento del Coordinador de la UGP y de la Auditoría del ProFe Central, manteniendo su archivo y disponibilidad.
Evaluar, autorizar y/o derivar las prestaciones que lo requieran.
Proporcionar documentación / información para la liquidación de las prestaciones médicas autorizadas.
Participar en la ejecución y supervisión del funcionamiento de los programas de prevención de enfermedades prevalentes y de promoción de la salud, coordinan caso dichas tareas con la Autoridad Sanitaria Regional
Mantener un registro de las prestaciones médicas autorizadas y realizadas.
Responsable Administrativo-Contable (Contador Público independiente)
Es el responsable de asegurar una adecuada aplicación de los montos transferidos para la cobertura comprometida por la Provincia a los afiliados al ProFe.
Funciones:
Analizar, controlar y registrar las facturaciones para su liquidación, practicando los débitos correspondientes.
Llevar actualizadas las conciliaciones bancarias y contar con los extractos bancarios al día.
Llevar registro de deudas devengadas y pendientes de facturación.
Conformar los pagos, registros contables, libros rubricados de los expedientes de pago y demás documentación de acuerdo con la Ley Financiera y/o Contable de la Provincia.
Conformar el balance de sumas y saldos y el analítico del mismo al cierre de cada mes, el que será soporte de la información solicitada según Anexo IV:
Confeccionar el Estado de Origen y Aplicación de Fondos, El Estado de Situación Financiera Corriente que será enviado a la DNPM a mes vencido dentro de los primeros diez (20) días del mes siguiente, según Anexo IV.
Enviar a la DNPM fotocopia de los extractos bancarios de todas las cuentas que posea la UGP para la aplicación de los fondos ProFe y fotocopia del libro bancos según Anexo IV.
Confeccionar la Certificación de pagos a los Prestadores, firmarla con sello donde figure su matrícula de Contador Público independiente y remitirla a la DNPM según Anexo IV.
Confeccionar el inventario de bienes muebles erogados con fondos recibidos del Profe y mantenerlo actualizado en forma mensual.
Técnico en Informática
Es el encargado de la implementación y organización de los circuitos de información, así como del registro, recopilación, consolidación y envío de lo requerido según Convenio.
Características edilicias y equipamiento de la UGP
Forma parte de los requerimientos:
Infraestructura: planta física localizada en zona de fácil acceso a medios públicos de transporte, con las siguientes características:
Amplitud mínima equivalente a 4 ambientes o áreas divisibles, sin barreras arquitectónicas;
Sala de espera para el público
Baño de público y de personal
Depósito
Cocina
Equipamiento:
Dos PC como mínimo e impresora
Fax
Tres líneas telefónicas, dos entrantes y una de salida
Dos teléfonos celulares, uno para uso del Coordinador y el otro para uso del Auditor Médico de guardia
Disponibilidad para el traslado del personal dentro y fuera de la Provincia

ANEXO IV

INFORME MENSUAL DEL ESTADO DE ORIGEN Y APLICACIÓN DE FONDOS, DEL ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA CORRIENTE Y DE LA INFORMACIÓN ADICIONAL OBLIGATORIA

FECHA DEL INFORME: dd/mm/aa

PERIODO INFORMADO: mm/aa

A) Estado de origen y aplicación de fondos (financiero)

Origen de fondos

Ingresos por Cápita

Ingresos por Fuera de Cápita

Ingresos por Reintegro de Prestaciones de Alto Costo y Baja Incidencia (PACBI)

Otros Ingresos (Nota)

Total de orígenes

APLICACIÓN DE FONDOS

Prestaciones Médicas

1- Primer Nivel

Instituciones Públicas

Prestadores Privados

2- Segundo Nivel

Instituciones Públicas

Prestadores Privados

3- Tercer Nivel

Instituciones Públicas

Prestadores Privados

Subtotal Prestaciones Médicas

Prestaciones Farmacéuticas Subtotal Prestaciones Farmacéuticas

Prestaciones Especiales

Hemodiálisis

Instituciones Públicas

Prestadores Privados

Odontología

Instituciones Públicas

Prestadores Privados

Rehabilitación

Instituciones Públicas

Prestadores Privados

Prótesis y Ortesis

Instituciones Públicas

Prestadores Privados

Implantes y Transplantes

Instituciones Públicas

Prestadores Privados

Atención de Adultos Mayores

Instituciones Públicas

Prestadores Privados

Salud Mental

Instituciones Públicas

Prestadores Privados

Óptica

Instituciones Públicas

Prestadores Privados

Subtotal Prestaciones Especiales

Discapacidad
Subtotal Discapacidad
Viáticos y Traslados
Afiliados PROFE Salud
Subtotal Viáticos y Traslados
Otros Gastos Prestacionales (Nota)
Subtotal Gastos Prestacionales
Gastos de Funcionamiento Administrativo de la UGP (6 por ciento s/Facturación bruta de la Capita Integral mensual)
Gastos por viáticos y traslados del personal médico y administrativo Gastos en sueldos y Honorarios de personal no médico
Gastos de Funcionamiento administrativo
Subtotal Gastos de Funcionamiento Administrativo
Total aplicación de fondos
B.1) Estado de Situación Financiera Corriente (Económico)
ACTIVO
Activo corriente
Disponibilidades
Banco Cuenta Corriente Especial Nº
Créditos
Facturas por Cobrar en la DNPM - PROFE Salud
Prestaciones Facturadas no enviadas a la DNPM - PROFE Salud Total Activo
Corriente
PASIVO
Pasivo Corriente
Deudas
Hospitales/Efectores Públicos Prestadores Privados
Gastos de Funcionamiento UGP Otras Deudas (Aclarar por Nota) Total Pasivo Corriente
Total Activo Menos Pasivo
Instructivo para la cumplimentación de la información Económico Financiera
A) Estado de origen y aplicación de fondos (informe financiero)
La presente información deberá ser remitida en forma mensual, y antes de los veinte (20) días del mes siguiente, a la Dirección Nacional de Prestaciones Médicas (DNPM) y se confeccionará por el sistema de lo percibido, considerando a los ingresos de fondos como Disponibilidades.
Origen de Fondos
Se informarán los ingresos que por todo concepto perciba la Provincia (UGP) en la cuenta corriente Especial denunciada durante el periodo informado.
Ingresos por Cápitas: se detallará el importe efectivamente percibido en concepto de cápita.
Ingresos por fuera de Cápita: se detallará la suma efectivamente percibida correspondiente a toda facturación autorizada por la DNPM en concepto de fuera de cápita.
Ingresos por Reintegros de Prestaciones de Alto Costo y Baja Incidencia (PACBI): se detallará, al igual que en el caso anterior los valores percibidos correspondiente a cualquier facturación PACBI.
Otros Ingresos: se detallará cualquier otro ingreso, que perciba la Provincia aclarando por nota el motivo y origen del mismo.
Aplicación de Fondos:
Se detallarán los pagos efectuados por la PROVINCIA durante el período informado, se encuentren ellos debitados o no en el extracto bancario, de acuerdo al registro del Libro Bancos. Su clasificación, en la medida que la forma de contratación de la Unidad Ejecutora lo permita, se efectuará siguiendo la indicada a continuación:
Prestaciones Médicas: incluye todos los pagos efectuados por este concepto (con excepción de los incluidos del rubro Prestaciones Especiales), y se dividirá en:
1- Primer Nivel
Instituciones Públicas

Prestadores Privados
2- Segundo Nivel
Instituciones Públicas
Prestadores Privados
3- Tercer Nivel
Instituciones Públicas
Prestadores Privados
Prestaciones Farmacéuticas: en este rubro se incluirán todos los pagos efectuados por la compra de medicamentos ambulatorios, material descartable, citostáticos y antihemofilicos.
Prestaciones Especiales: en este rubro se incluirán los pagos efectuados por los conceptos que son considerados prestaciones "especiales" por su naturaleza y que no puedan incluirse en el detalle anterior, diferenciando los públicos de los privados.
Discapacidad: si a pesar de estar excluidas de la cápita se han pagado prestaciones de este tipo, se incluirán todos los pagos efectuados a prestadores y/o instituciones de discapacidad.
Viáticos y traslados de afiliados PROFE Salud: en este rubro se incluirán todas las erogaciones efectuadas por pasajes, gastos eventuales, viajes, etc., que efectúen los afiliados PROFE Salud con autorización de la UGP.
Gastos de Funcionamiento Administrativo: en este rubro se incluirán los pagos efectuados por los gastos para el funcionamiento administrativo de la UGP, hasta el tope del seis (6 %) de la facturación bruta de la Cápita Integral, exponiendo por separado los Gastos en Personal, no prestacionales (sueldos y honorarios del personal que conforma la estructura de la UGP) y los Gastos de Funcionamiento de la UGP (alquiler, servicios generales, insumos, etc.)
Además en este rubro se incluirán también todas las erogaciones efectuadas por pasajes, gastos eventuales, viajes, etc., que efectúe el personal dependiente.
Se encuentra excluida toda erogación que la Provincia con fondos PROFE Salud quiera realizar para la compra de bienes de uso registrables.
B).1) Estado de situación financiera corriente (informe económico)
Al cierre de cada mes la Provincia (UGP) efectuará un corte de documentación y remitirá mensualmente a la DNPM, antes de los veinte (20) días del mes siguiente, el Estado Situación Financiera Corriente, confeccionándolo por el sistema de lo devengado, donde se incluirán como mínimo los siguientes conceptos:
ACTIVO
Activo Corriente
Deberán exponerse, a fin de cada mes, todas las facturas que originan créditos (exigibles o no exigibles)
Disponibilidades
Banco Cuenta Corriente Especial: se expondrá el saldo del Libro
Banco de la cuenta bancaria, al último día del mes a informar, de acuerdo a los respectivos registros contables.
Créditos
Facturas por cobrar en la DNPM: se expondrá el saldo de facturas presentadas y aún no canceladas por el PROFE Salud haciendo mención al Nº de factura del prestador y la Razón Social.
Prestaciones facturadas y no enviadas a la DNPM: se expondrá el saldo a cobrar de prestaciones cuyas facturas, a la fecha del informe, no han sido presentadas. Del mismo modo debe incluirse: Nº de factura del prestador y Razón Social.
PASIVO
Pasivo Corriente
Deberán exponerse, a fin de cada mes, todas las facturas que originan deuda (exigibles o no exigibles)
Deudas
Deudas con Hospitales Públicos: se expondrá el saldo contable de las deudas registradas con los distintos hospitales y centros de salud contratados.
Prestadores Privados: Ídem anterior, respecto de la deuda registrada con Prestadores

Privados incluidos los Honorarios.
Prestacionales.
Proveedores: se expondrá el saldo de deuda que mantiene con los proveedores de farmacia, laboratorios, droguerías, distribuidoras, etc.
Prestadores Especiales: se expondrá el saldo contable por los conceptos abarcados dentro de prestaciones especiales.
Sueldos y Honorarios del personal de la UGP: se expondrá el saldo contable de las deudas en concepto de sueldos y honorarios.
Gastos Administrativos de Funcionamiento: se expondrá el saldo contable de las deudas en concepto de Gastos de Funcionamiento de la UGP.
B). 2) y 3) Detalle analítico de créditos y deudas Mensualmente la Situación Financiera Corriente, deberá complementarse con un detalle analítico de Créditos y Deudas. El mismo deberá indicar:
Nombre y/o Razón social del acreedor y/o deudor
Fecha de factura
Número de Factura
Mes al que corresponde la prestación
Importe facturado
Información adicional obligatoria
Extractos Bancarios, Copia del Libro Banco, Conciliación Bancaria, Inventario de Bienes Muebles y Certificación de Pago a Prestadores de la Red y/o Provedores de Servicios.
Conjuntamente con el Informe de Estado de Origen y Aplicación de Fondos, del Estado de Situación Financiera Corriente, se deberá remitir la fotocopia de los extractos bancarios de todas las cuentas que posea la Provincia (UGP) para la aplicación de los fondos PROFE Salud, la fotocopia del Libro Banco, la conciliación bancaria, inventario de bienes muebles comprados con fondos PROFE y la Certificación de pagos a los prestadores de la Red y/o proveedores de servicios.
Toda la documentación administrativa-contable presentada ante la DNPM deberá ser remitida con el sello y firma del responsable de la UGP y Contador Público Independiente
ANEXO V
INFORME PRESTACIONAL Y EPIDEMIOLOGICO
Para el monitoreo del Programa, la Unidad de Gestión Provincial (UGP), deberá implementar los medios que fueren necesarios para garantizar la adecuada identificación de los beneficiarios en los prestadores de la Red Provincial, así como de las prestaciones brindadas para el registro de dicha información por parte de la UGP.
La información brindada debe ser confiable, verificada y consolidada en la UGP por período trimestral, a la DNPM suscripta por la autoridad responsable de la UGP, en soporte magnético (archivos vía mail, disquete o CD).
La UGP es la responsable directa ante el Programa de la información mensual estadística epidemiológica, prestacional y sanitaria remitida y que conforma el presente Anexo.
Esta información será validada y cargada en archivos brindados por la DNPM, para luego ser remitida y analizada por la misma, en forma trimestral dentro de los noventa (90) días del envío de la información. La DNPM brindará los instructivos necesarios para que la información sea homologable en las diferentes jurisdicciones, al igual que ofrecerá la capacitación necesaria para dicha tarea.
Información a Presentar
1. Información prestacional básica resumida sobre Producción y Resultados
Información epidemiológica informada y/o relevada que se disponga.
Mecanismo de atención Primaria: a través de Médicos de Cabecera, Centros de Salud u Hospitales.
Mecanismo de articulación de niveles (referencia-contrarreferencia) y resultados.
Cumplimiento de prescripción por nombre genérico y mecanismo de provisión de medicamentos.
Actualización de la Red de Prestadores Provinciales (efectores públicos y privados), por niveles de atención, de odontología, geriatría, psiquiatría, discapacidad y farmacias. Se

entregará una actualización si no hubiere sido presentada previamente.
Mecanismos para la obtención del padrón de beneficiarios y su difusión a Hospitales, Centros de Atención Primaria y otros efectores.
Presentación de cualquier otro dato considerado de importancia para la UGP o para la Auditoría y que no forme parte de lo solicitado.
Número de consultas ambulatorias mensuales.
Número de egresos producidos mensuales.
Número de defunciones registradas en forma mensual.
Número de beneficiarios que presentaron algún tipo de discapacidad en consultas ambulatorias en forma mensual.
Listado de efectores que no remitieron la información solicitada.
2. Información epidemiológica trimestral.
Lo consignado en este apartado corresponde a información epidemiológica y sanitaria con un mayor grado de detalle.
La UGP que en medida del desarrollo de su capacidad de identificación, control, registro y procesamiento, cumplimente además esta información del punto 2, podrá ser considerada para futuros desarrollos del Programa y eventuales incentivos.
a) Base de Datos de Consultas Ambulatorias
Esta información deberá mantenerse archivada en la UGP. Por Prestador y como documentación de respaldo, la que podrá ser solicitada por el PROFE (Central o ante Auditorías en sede de la UGP Jurisdiccional.)
b) Base de Datos de Egresos Hospitalarios realizadas en el período, por prestador (diferenciando entre prestador Público o Privado).
c) Base de Datos de Defunciones ocurridas en el período, por prestador (diferenciando entre prestador Público o Privado).
d) Base de Datos de Salud Mental: registro de beneficiarios atendidos con prestaciones de Salud Mental.
Cada UGP deberá controlar la información recibida, registrar y remitir al PROFE Trimestralmente (dentro de los 30 días corridos de finalizado el trimestre anterior: en los meses de enero- abril- julio y octubre de cada año),
La información enviada contará con su correspondiente rótulo identificatorio o nombre del archivo, en los formatos establecidos por la DNPM e indicando el período (mes/meses y año).
Indicadores de accesibilidad a los servicios:
La UGP deberá contar los siguientes indicadores:
Número de apertura de historias clínicas en consultorios de médicos de cabecera, CAPS, Centros de Salud o Centros Sanitarios de la Red Provincial. SP.
Número y detalle de programas de promoción de la salud en curso.
Nº total de reclamos, quejas y denuncias /100 beneficiarios
Nº R,Q,D por internaciones/100 beneficiarios internados.
Nº de reclamos, quejas y denuncias (R,Q,D) recibidos por atenciones en el I Nivel de Atención/100 beneficiarios.
Nº R,Q,D recibidos por atenciones en II Nivel / 100 beneficiarios
Nº R,Q.D por atenciones en III Nivel /100 beneficiarios Información especial a presentar según soporte informático provisto por la DNPM
Un informe con la cantidad de beneficiarios e identificación de los mismos (DNI, nº de beneficio, edad, sexo, diagnóstico, modalidad de prestación y domicilio en La Provincia) de las siguientes prestaciones:
Diálisis en IRCT (tipo de tratamiento, padrón provincial, listado por centro, altas, bajas y modificaciones en el período)
Internación Geriátrica y prácticas no asilares (listado general de pacientes, pacientes por efector, tipo de prestación)
Discapacidad, (listado general de pacientes, pacientes por efector, tipo de prestación)
Salud Mental, (listado general de pacientes, pacientes por efector, tipo de prestación)
Transplantes (realizados en el periodo informado y Nº total de pacientes transplantados en

seguimiento)
Inmunosupresión (Nº y listado de pacientes que reciben tratamiento en forma regular, tipo de medicación, cantidad requerida y recibida)
Hemofilia (Nº y listado de pacientes en tratamiento, tipo de tratamiento, dosis requeridas y recibidas)
Fibrosis quística (Idem anterior)
Hormona de crecimiento (Idem anterior)
Enfermedad de Gaucher (Ídem anterior)
Enfermedades desmielinizantes (Idem anterior)
Enfermedad de Fabry (Ídem anterior)
Enfermedad de Scheie (Mucopolisacaridosis tipo I) (Idem anterior)
Eslclerosis Lateral Amiotrófica (Idem anterior)
Hepatitis crónica (Idem anterior)
Prestaciones odontológicas
Número total de pacientes conocidos seropositivos HIV-SIDA bajo control y/o tratamiento.
Independientemente de presentarse la documentación médica al Programa Nacional debe remitirse trimestralmente actualización de la ficha clínica, carga viral y cd4 al PROFE - Central, e informe sobre provisión de medicación específica entregada por la UGP ante la no provisión por parte del Programa Nacional.
Un informe con el número de beneficiarios e identificación de los mismos (DNI, nº de beneficio, edad, sexo, diagnóstico, modalidad de prestación y domicilio en La Provincia) que hayan sido incluidos en programas específicos de promoción de la salud o de prevención y control de enfermedades.
Un informe de las Auditorías (número, hallazgos, información relevante, recomendaciones conclusiones, informe o descargo del auditado), realizadas por los auditores provinciales.
ANEXO VI
INCUMPLIMIENTOS Y REGIMEN DE PENALIDADES
El Ministerio queda facultado a aplicar, las sanciones establecidas en este anexo, de acuerdo a la entidad de los incumplimientos verificados y conforme a la siguiente escala progresiva:
I. Clases de Sanciones
1. Apercibimiento
2. Multa
3. Suspensión de Pagos
1. Apercibimiento
Son pasibles de apercibimiento los siguientes incumplimientos:
Demoras injustificadas en el otorgamiento de turnos para consultas o prácticas de diagnóstico o tratamiento y/o rechazos injustificados de atención de beneficiarios que demanden algunos de los servicios comprometidos por convenio, que no superen los tres casos por cada 100 beneficiarios en el lapso de un mes.
El incumplimiento en tiempo y forma del envío de los informes comprometidos.
2. Multa
Por los incumplimientos que seguidamente se enuncian y por cada caso acreditado, se aplicará la multa que se detalla:
2.1 Multa correspondiente al valor de hasta veinte cápitas:
Demoras en el otorgamiento de turnos, para consultas o prácticas de diagnóstico o tratamiento y/o rechazos injustificados de atención de beneficiarios que demanden algunos de los servicios comprometidos por convenio, que superen los tres casos por cada 100 beneficiarios en el lapso de un mes.
Falta de historias clínicas de los beneficiarios y/o el incumplimiento de requisitos mínimos para su confección que surja de muestreos en terreno.
Por cada demora injustificada en la cobertura de emergencias.
Por cada demora en la provisión y/o implante de prótesis en situaciones no programables.
Disminución en los recursos físicos, humanos o del equipamiento del efector, detectada por primera vez y que importe un desvío del compromiso asumido por La Provincia a la firma del convenio.

Falta de registros de evolución o control, en las historias clínicas de los beneficiarios internados en instituciones de II o III Nivel por un periodo mayor a 24 horas.
No realizar los estudios necesarios para arribar a un diagnóstico de certeza y/o no disponerse la atención por especialista o la interconsulta que la patología del paciente exija y/o que las interconsultas sean realizadas o dispuestas en tiempo inoportuno o sin ajustarse a las reglas del arte de curar.
Inobservancia de las normas de salud, higiene y salubridad, en los lugares de prestación de los servicios.
2.2. Multa entre el 1% y el 10% de la Cápita mensual total:
Incumplimiento de la obligación de remitir en tiempo y forma las estadísticas mensuales (segundo incumplimiento en el año)
La UGP que falseare datos o información.
El requerimiento de pago de sumas de dinero o cualquier otro beneficio, como condición para acceder a las prestaciones. Se admitirá todo medio de prueba para acreditar dicho incumplimiento.
Falta de acreditación fehaciente por parte de la UGP del pago a los prestadores de su Red, generará en primera instancia la suspensión del pago del veinte por ciento (20%) de la cápita total. Si dentro de los 30 días posteriores, acreditare el referido pago, se procederá a restituir el porcentaje retenido de la cápita, con un débito firme del total la misma, en concepto de multa, cuyo valor será fijado según la escala establecida en este punto.
Omisión de la U.G.P. en dar respuesta en debido tiempo y forma a los requerimientos efectuados por la Dirección Nacional de Prestaciones Médicas, que tengan por finalidad solicitar información y/o requerir el cumplimiento de una orden judicial dirigida al PROFE, y sin perjuicio de las responsabilidad legal que ello pudiese ocasionar y el débito a la cápita de las multas o astreintes que deba soportar El Ministerio. Idéntica sanción se aplicará a la U.G.P. frente a la falta de respuesta en tiempo y forma a los requerimientos que tengan por objeto dar contestación a las requisitorias que realicen en forma directa a la UGP las Defensorías del Pueblo o Juzgados y que por ello implique la participación en el reclamo del ProFe Central o El Ministerio.
En los casos que la UGP no facilite o no permita, o de algún modo obstaculice la realización de las auditorías que la DNPM está facultada a realizar.
Reiteración de las siguientes conductas: a) Falta de historias clínicas de los beneficiarios y/o el incumplimiento de requisitos mínimos para su confección que surja de muestreos en terreno; b) Falta de registros de evolución o control, en las historias clínicas de los beneficiarios internados en instituciones de II o III Nivel por un periodo mayor a 24 horas; c) Inobservancia de las normas de salud, higiene y salubridad, en los lugares de prestación de los servicios; d) No realizar los estudios necesarios para arribar a un diagnóstico de certeza y/o no disponerse la atención por especialista o la interconsulta que la patología del paciente exija y/o que las interconsultas sean realizadas o dispuestas en tiempo inoportuno o sin ajustarse a las reglas del arte de curar.
3. Suspensión de pago
El Ministerio queda facultado a suspender las transferencias de fondos a La Provincia cuando la gravedad y reiteración dentro del año calendario, de las conductas descriptas en el punto dos (2) así lo ameriten. En tal supuesto se requiere que se haya sancionado previamente a La Provincia y dado un plazo no mayor a treinta días para la corrección de la irregularidad motivo de sanción. Durante el plazo de suspensión no se devengará interés alguno.
De resolverse el problema que originó la suspensión del pago, la multa no recuperable será del cinco al diez por ciento (5% a 10%), según la gravedad, tiempo en solucionar la irregularidad y el impacto en el normal desarrollo en el resto de los servicios prestacionales.
II. Carácter de los incumplimientos
La enumeración de los supuestos para los cuales se prevé aplicar las sanciones detalladas en los apartados anteriores, no reviste carácter taxativo. De verificarse cualquier incumplimiento que no se encontrare expresamente mencionado, El Ministerio queda facultado a aplicar las sanciones correspondientes de acuerdo a su entidad y gravedad.

III. Acumulación de sanciones
El Ministerio está facultado para aplicar a La Provincia (UGP), en forma acumulativa las sanciones previstas.
El alcance de la sanción económica a aplicar no podrá generar la interrupción de la atención médico integral comprometida por La Provincia
V. De la notificación al Prestador - descargo - plazos - decisión de la DNPM
La Provincia (UGP), como responsable de la Red de Prestadores será notificada fehacientemente de las observaciones o irregularidades que hayan sido detectas por la DNPM. Dentro de los diez (10) días hábiles de notificada la UGP, la misma podrá realizar el descargo o efectuar las consideraciones que estime corresponder y en su caso acompañar la documental respaldatoria pertinente. Vencido el plazo antes previsto, la DNPM procederá a emitir su decisión respecto de la correspondencia o no de la medida sancionatoria, procediendo a notificar de la misma a la UGP.
ANEXO VII
COBERTURA DE PATOLOGÍAS DE ALTO COSTO Y BAJA INCIDENCIA
A. Transplantes:
1. Médula Ósea para casos de
a) Aplasia medular idiopática o adquirida no secundaria a invasión neoplásica
b) Tumores hemáticos (linfomas, leucemias)
c) Mieloma múltiple
d) Otros, con informe previo de la Sociedad Científica
2. Renal
3. Cardíaco
4. Cardiopulmonar
5. Pulmonar
6. Hepático
7. Renopancreático
8. Páncreas
9. Masivo de Hueso para casos de
a) Cirugía de tumores óseos
b) Cirugía de malformaciones óseas congénitas
10. Córnea
11. Recolección y criopreservación células progenitoras médula ósea y/o sangre periférica
Inclusiones:
Los estudios inherentes a la evaluación técnica o viabilidad médica del transplante (evaluación pretransplante), 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 transplante.
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 transplante (estudios postransplante) 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 transplantes 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 intercurrencias.
Complicaciones que excedan el módulo de transplante (prolongación de internación, reintervenciones, reinternación por intercurrencias).
Transplantes en el extranjero.

B. Enfermedad fibroquística del páncreas 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 intercurrencias.
Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.
C. Esclerosis múltiple
Se dará cobertura de Interferón beta la-1 b, en los siguientes casos:
1. Forma Remitente Recidivante.
2. Forma Secundaria Progresiva clínicamente activa.
Inclusiones:
Tratamiento farmacológico
Exclusiones:
Ídem 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 Willii
Inclusiones:
Tratamiento farmacológico
Exclusiones:
Ídem anteriores
E. Cirugías cardiovasculares y neurocirugías
Inclusiones:
Intervenciones cuyos valores sean iguales o superiores a los establecidos en el Nomenclador de Hospital Público de Gestión Descentralizada Resolución 855/00 Ministerio de Salud de la Nación.
Exclusiones:
Ídem anteriores
F. Neurocirugía estereotáxica.
Inclusiones:
Práctica modulada específica, cuando no fuere posible realizar o estuviere contraindicada la cirugía convencional.
Exclusiones:
Ídem anteriores
G. Radioneurocirugía
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 (Telecoblato o Acelerador Lineal de partículas) convencional. El valor de referencia será establecido por la DNPM. Excedentes a cargo de la Jurisdicción.
Exclusiones:
Ídem anteriores
H. Embolización selectiva de vasos intracraneanos con aplicación de coils, partículas o productos trombosantes, por módulo completo.

Inclusiones:
Práctica modulada específica por el procedimento 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:
Ídem anteriores
I. Instrumentación 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 especifico de estabilización.
Exclusiones:
Ídem 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 Nº 1276/02 - APE.
Inclusiones:
Reintegro del gasto correspondiente a la prótesis específica (implante coclear)
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 intercurrencias.
Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.
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
ANEXO VIII
MONITOREO DEL DESEMPEÑO PRESTACIONAL PROVINCIAL DEL PROGRAMA FEDERAL DE SALUD
El mismo tiene como objetivo propiciar la accesibilidad al cuidado y atención de la salud y

enfermedad en un marco de calidad, con el mayor grado posible de eficiencia en la gestión de los recursos humanos, físicos y económicos sanitarios.
La consolidación de esta herramienta de gestión y su utilización para el monitoreo de los resulta- los alcanzados por las jurisdicciones provinciales permite avanzar en un camino trazado y pretende generar un estímulo potenciador en la gestión nacional y provincial del programa.
Definiciones Conceptuales:
Auditoría Médica
1. Credencialización:
Los beneficiarios del Programa recibirán una credencial identificatoria y serán referenciados. Para ello, para cada beneficiario se establecerá un médico de cabecera o CAPS, Centro de Atención Primaria de la Salud, que será el primer responsable por su salud y funcionará como puerta de entrada al sistema. El beneficiario deberá ser notificado al momento de credencializarse acerca del médico al cual ha sido asignado y los padrones serán remitidos a los médicos prestadores. Se confeccionará un registro informatizado de credencialización. Se deberá contar con la fecha de credencialización y la firma respaldatoria del beneficiario como constancia de recepción de la credencial.
La credencialización y georreferencia deberán abarcar a más del 80% de la población bajo cobertura.
2. Red de médicos de cabecera: Conformación y funcionamiento de una red de profesionales de cabecera que brinden atención médica en el primer nivel de atención en consultorios, centros de salud, unidades sanitarias y hospitales de baja complejidad, a los afiliados asignados según padrón nominado.
El médico, cuya población asignada no superará los 1000 beneficiarios PROFE, tendrá a su cargo la atención programada y de urgencia, en consultorio y cuando se requiera a domicilio, de dicha población y deberá hacer el seguimiento personal de la misma y efectuar las derivaciones especializadas periódicas o emergentes que sean necesarias considerando además el ámbito familiar y el contexto social y ambiental.
3. Acceso a la medicación:
Establecimiento de mecanismos adecuados que promuevan un acceso fácil y gratuito de la población bajo cobertura a los medicamentos recetados por su nombre genérico.
4. Auditorías en terreno:
La autoridad sanitaria provincial, a través de su Unidad de Gestión Provincial del Programa deberá establecer un plan de auditorías en terreno que permitan supervisar y controlar el desempeño prestacional de los efectores de su red que brinden atención a los beneficiarios de PROFE incluyendo médicos de cabecera, hospitales, geriátricos, instituciones de salud mental y centros de diálisis.
Los resultados de las acciones de auditoría provinciales deberán ser registrados mediante informes escritos.
5. Satisfacción de los beneficiarios:
La satisfacción de los beneficiarios con respecto a la atención médica integral recibida y la atención provista por el personal de la Unidad de Gestión Provincial se establecerá por medio de una encuesta efectuada a los beneficiarios por el personal designado por la. UGP. La cantidad mínima de encuestas a realizar en cada semestre será de 1 cada 500 beneficiarios y la cantidad deseable semestral será de 1 cada 100 beneficiarios. Inicialmente el modelo de encuesta a realizar es remitido por el Nivel Central de PROFE.
DISCAPACIDAD
1. Referente de Discapacidad:
Cada jurisdicción nombrará a una persona idónea en la temática como referente del área de discapacidad. Dicha designación y su eventual modificación deberá ser comunicada a la Coordinación de Prestaciones Médicas y al área de discapacidad de PROFE Nación mediante nota firmada por el responsable de la UGP.
Sus principales funciones serán:
Relevamiento asistencial de las prestaciones autorizadas en instituciones del Sistema Unico.
Control y relevamiento prestacional de las presiones autorizadas por fuera de cápita.

Evaluación de la cobertura prestacional según red provincial para las personas con discapacidad.
Remisión de información a nivel Central.
2. Relevamiento de recursos prestacionales provinciales:
Se efectuará un relevamiento provincial de efectores prestacionales públicos y privados habilitados, incluidos o no incluidos en Convenio en base a su estado de acreditación, para la atención de personas con capacidades diferentes. La periodicidad de esta acción será anual.
3. Relevamiento de prestaciones autorizadas:
Se realizará un relevamiento que certifique la ejecución de las prácticas prestacionales "fuera de cápita" autorizadas para los beneficiarios de la provincia.
Meta establecida: Relevamiento trimestral del 50% de los beneficiarios bajo cobertura.
4. Presentación de documentación para la autorización de prestaciones extra cápita.
Evalúa la completa remisión de los datos incluidos en las solicitudes de autorizaciones de prestaciones extra cápita.
5. Remisión mensual documentación por prestaciones extra cápita autorizadas
Contempla la remisión mensual de un documento, efectuado por cada Unidad de Gestión Provincial, donde se informe al área de Discapacidad los datos de los beneficiarios que reciben prestaciones extra cápita autorizadas por PROFE Nación.
Gestión Operativa
A. Anexo V
La información enviada contará con su correspondiente rótulo identificatorio o nombre del archivo, en los formatos establecidos e indicando el período (mes/meses y año).
Deberá remitirse trimestralmente (en los meses de enero- abril- julio y octubre) de cada año y dentro de los 30 días corridos de finalizado el trimestre anterior.
1. Remisión a término:
Se considerará que la información fue remitida en término cuando ingrese dentro de los treinta (30) días de vencido el periodo trimestral a considerar según se detalla en el párrafo anterior.
2. Información cuantitativa epidemiológica:
Las UGPs deberán remitir un informe trimestral y cuatro anuales.
Basados en la cantidad de informes trimestrales presentados, se definen los siguientes intervalos porcentuales como categorías:
1) 0%:
2) 1-24%:
3) 25-49%:
4) 50-74%:
5) 75-100%:
3. Información cualitativa epidemiológica:
Calidad de datos incluidos en el Anexo V.
Pautas utilizadas para calificar la calidad de la información epidemiológica remitida por las provincias
1. Codificación por CIE 10.
2. Uso de base de datos correspondiente.
3. Registros completos en todos sus campos.
4. No mezclar registros de un período con otro.
5. Información remitida dentro de los plazos establecidos.
6. Consolidar el trimestre en un solo archivo.
Clasificación cualitativa
1) No remite:
No se ha recibido información.
2) Deficiente:
No cumple con las pautas establecidas.
3) Básico:
Cumple parcialmente o no cumple la pauta 1.

No cumple la pauta 2.
Cumple parcialmente (<50%) la pauta 3.
Cumple parcialmente (<50%) la pauta 4.
Cumple parcialmente (<50%) la pauta 5.
Cumple parcialmente (<50%) la pauta 6.
4) Aceptable:
Cumple parcialmente (>50%) la pauta 1.
Cumple totalmente la pauta 2.
Cumple parcialmente (>50%) la pauta 3.
Cumple parcialmente (>50%) la pauta 4.
5) Optimo:
Debe cumplir las 4 primeras pautas
4. Información prestacional cuantitativa. Inmunosupresores y Otras PACBI. HIV- SIDA
Cantidad de datos incluidos en el Anexo V.
Categorización: Igual a Información cuantitativa epidemiológica.
5. Información prestacional cualitativa. Inmunosupresores y Otras PACBI.
Se evaluara el porcentaje de coincidencias entre la documentación obrante en los legajos archivados en el área y la información remitida acorde al período analizado.
Categorización: Igual a Información cuantitativa epidemiológica.
6. Información prestacional cualitativa. HIV-SIDA.
1) No remite:
No se ha recibido información.
2) Deficiente:
Nómina de afiliados sin otro detalle.
3) Básico:
Nómina de afiliados con fecha de diagnóstico
4) Aceptable:
Nómina de afiliados con fecha de diagnóstico y tratamiento.
5) Optimo:
Nómina de afiliados con fecha de diagnóstico, tratamiento actualizado y últimos controles de carga viral y CD4.
B. Actualización de legajos
1. Remisión:
Evalúa la remisión, por parte de las provincias, de legajos clínicos avalatorios de las prestaciones de alto costo que reciben sus beneficiarios y son pasibles de reintegro a través del Fondo Solidario.
2. Porcentaje de legajos de inmunosupresores y otras PACBI actualizados:
Categorización: Igual a Información cuantitativa epidemiológica.
Salud mental y adultos mayores
1. Anexo V
Ítem 1: Información prestacional cuantitativa
Cantidad de datos incluidos en el Anexo V. Categorización similar a Gestión Operativa
Item 2: Información prestacional cualitativa
Calidad de datos incluidos en el Anexo V.
1) Sin información
2) Deficiente: Diagnósticos incongruentes, datos inconsistentes, reiteración de meses anteriores
3) Básico: Datos poco relevantes y escasos o desactualizados
4) Aceptable: Tasas aceptables, datos actualizados y campos completos
5) Optimo: Datos completos, consistentes, bien codificados y con reflejo de actividades prestacionales
Ítem 3: Consistencia de los datos
Los datos enviados en anexo V se correlacionan con datos obtenidos de otras fuentes (auditorías en terreno, referentes). Ante la falta de información se asume el mayor puntaje.
1) Sin información

2) Deficiente: Incongruencias graves
3) Aceptable Se detectan aisladamente casos atendidos y no registrados o viceversa
4) Optimo: Los datos coincide con la información de otras fuentes
2. Uso de red pública:
a. Conformación de la Red descripta en el anexo V:
La red dispone de red pública en al menos el 50 por ciento de los prestadores en Salud Mental y el 20 por ciento de los prestadores en Adultos Mayores. Se observará si no dispone de la red ofrecida en alguna modalidad si esto se debe a carencia de la red pública o falta de inclusión en la red de prestadores.
b. Utilización de la red pública
Al menos el 50% de las prestaciones de salud Mental y el 20% de las prestaciones en la Atención de Adultos Mayores se realizan en la red pública.
3. Menú prestacional:
Evalúa la variedad de modalidades prestacionales ofertadas por la red provincial para la atención de beneficiarios PROFE en Salud Mental y Gerontología.
a. Dispone de opciones ambulatorias y de internación:
La red dispone de al menos prestadores ambulatorios y de internación aceptablemente distribuidos para la realidad provincial.
b. Dispone de toda la gama prestacional:
La red dispone de prestaciones de niños y jóvenes, adultos y adultos mayores diferenciada, con prestaciones de internación aguda y de larga estadía, hospital de día, consultorios externos de psicología y psiquiatría como mínimo, hospital de día, domiciliaria, urgencias psiquiátricas, guardias las 24 horas, atención de adicciones aceptablemente distribuidos para la realidad provincial.
Se considerará muy favorable la existencia de modalidades alternativas a la internación (casas de medio camino, hostales, cuidadores domiciliarios, etc.)
4. Gestión Socialmente Integradora:
Se incluye la valoración de los siguientes tópicos:
a. La Provincia y la UGP adhieren a acciones que favorecen la integración social de personas con trastornos mentales y/o adultos mayores:
La provincia desarrolla políticas activas para integración de las personas con trastornos mentales y/o adultos mayores, dispone de una dirección provincial o área que gestiona las políticas de salud mental y/o adultos mayores, promueve la atención ambulatoria y de internación en hospitales generales y centros de salud, realiza campañas antiestigma, programas de prevención de patologías y estos están incorporados a la agenda política provincial.
DIÁLISIS:
A. Anexo V
1. Información prestacional cuantitativa
Cantidad de datos incluidos en el Anexo V.
Categorización similar a Información cuantitativa epidemiológica de Gestión Operativa.
2. Información prestacional cualitativa
Calidad de datos incluidos en el Anexo V.
Pautas utilizadas para calificar la calidad de la información remitida por las provincias:
1. Se ajusta a Anexo V modelo
2. Completó todos los items.
3. Coincidencia con base de datos del área
4. Consolidar el trimestre en un solo archivo.
5. Información remitida en tiempo y forma.
Clasificación cualitativa
1) Sin información
No se ha recibido información.
2) Deficiente:
Cumple 2 pautas
3) Básico

Cumple 3 pautas
4) Aceptable:
Cumple 4 pautas
5) Optimo:
Cumple las 5 pautas.
B. Solicitudes de Alta prestacional dialítica
1. Solicitudes de Alta en tiempo
Porcentaje de altas prestacionales dialíticas remitidas dentro de los plazos establecidos por normativa.
Categorización: similar a Información cuantitativa epidemiológica de Gestión Operativa.
2. Solicitudes de Alta completas
Porcentaje de altas prestacionales dialíticas remitidas con toda la documentación avalatoria requerida según normativa.
Categorización: similar a Información cuantitativa epidemiológica de Gestión Operativa.
TRASPLANTES:
A. Anexo V
1. Información prestacional cuantitativa
Cantidad de datos incluidos en el Anexo V.
Categorización:
1. Incompleta: Informa datos trimestrales en forma parcial.
2. Completa: Informa datos trimestrales en forma total.
2. Información prestacional cualitativa
Calidad de datos incluidos en el Anexo V.
Pautas utilizadas para calificar la calidad de la información remitida por las provincias:
Clasificación cualitativa
1) Sin información
No remite información prestacional actualizada.
2) Deficiente:
Informes con actualización permanente de datos prestacionales, durante un trimestre.
3) Básico:
Informes con actualización permanente de datos prestacionales, durante dos trimestres.
4) Aceptable:
Informes con actualización permanente de datos prestacionales, durante tres trimestres.
5) Optimo:
Informes con actualización permanente de datos prestacionales, durante cuatro trimestres
ODONTOLOGÍA
A. Anexo V
1. Información prestacional cuantitativa
Cantidad de datos incluidos en el Anexo V.
Categorización similar a Información cuantitativa epidemiológica de Gestión Operativa.
2. Información prestacional cualitativa Calidad de datos incluidos en el Anexo V.
Pautas utilizadas para calificar la calidad de la información remitida por las provincias:
1. Informa la totalidad de las prótesis odontológicas entregadas.
2. Uso de base de datos correspondiente.
3. Registros completos en todos sus campos.
4. Información remitida dentro de los plazos establecidos.
5. Consolidar el trimestre en un solo archivo.
Clasificación cualitativa
1) Sin información
No se ha recibido información.
2) Deficiente:
Cumple 2 pautas
3) Básico:
Cumple 3 pautas
4) Aceptable.

Cumple 4 pautas
5) Optimo:
Cumple las 5 pautas.

Copyright © BIREME

Contáctenos