CONVENIO MARCO DE PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA EFECTIVA EN SALUD

PACES

CONVENIO MARCO DE PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA EFECTIVA EN SALUD

ANTECEDENTES

Mediante Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 2724/02 se creó el Seguro de Salud Materno-Infantil para la atención de la cobertura médico-asistencial y de las prestaciones sociales en forma integral y universal, para la mujer embarazada, la mujer en edad fértil y los niños de hasta cinco años de edad, bajo la dependencia del Ministerio de Salud de la Nación (MSN). Conforme a lo dispuesto en el art. 4° del referido Decreto, el Seguro sería financiado, entre otros recursos, con aquellos originados en préstamos con Organismos Internacionales, que se otorguen o reasignen a tal fin.

Para la implementación del Seguro, en el año 2003, el MSN mediante la Resolución N° 198/03 creó, en la órbita de la Secretaría de Programas Sanitarios, el Programa para la Creación de Seguros de Maternidad e Infancia Provinciales, para asistir a las jurisdicciones, en la creación de los seguros materno-infantiles locales.

Por el artículo 4º del Decreto PEN N° 1140/04 se sustituyen las denominaciones "Programa para la Creación de Seguros de Maternidad e Infancia Provinciales" y "Programa Nacional para la Creación de Seguros de Maternidad e Infancia Provinciales", por la denominación **PROYECTO DE INVERSION EN SALUD MATERNO INFANTIL PROVINCIAL (PISMIP)**, el que luego por Resolución N° 1976/06 del MSN definió que el PISMIP pasara a ser denominado como **PLAN NACER**.

Durante la primera fase del PLAN NACER se incorporó a las jurisdicciones pertenecientes a las regiones del NOA y NEA, por tratarse de las jurisdicciones que presentaban los índices más desfavorables de morbi-mortalidad materna e infantil. A partir del año 2007 se dio inicio a la segunda fase del Programa, momento a partir del cual se incorporaron las restantes jurisdicciones, lográndose de esa manera que el PLAN NACER se encuentre implementado en todo el territorio argentino. A los efectos del financiamiento de ambas fases, el Gobierno Argentino suscribió los Convenios de Préstamo BIRF N° 7225-AR y 7409-AR.

Conforme al marco establecido por la normativa del Programa, el MINISTERIO DE SALUD de la PROVINCIA de BUENOS AIRES creó el Seguro Materno Infantil Provincial mediante la Resolución N° 7004/05.

En ese marco, el MSN y la PROVINCIA de BUENOS AIRES suscribieron un CONVENIO MARCO DE PARTICIPACIÓN que rigió la participación de la JURISDICCIÓN, y su relación con la NACIÓN, en el marco del PLAN NACER.

Posteriormente, mediante Acta suscripta con fecha 11 de diciembre de 2009 en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA), la NACIÓN y las jurisdicciones acordaron los lineamientos generales para la extensión de la cobertura de salud del PLAN NACER a través de la incorporación de módulos integrales de atención de cardiopatías congénitas al Plan de Servicios de Salud del Programa, a fin de contribuir de manera significativa a la reducción de las causas duras de mortalidad infantil. En tal sentido, se acordó la creación de un Fondo de Reaseguramiento Solidario (FRS), integrado por fondos del PLAN NACER, y con el propósito de garantizar el financiamiento de la atención integral de las cardiopatías congénitas para todos los niños y niñas con cobertura pública exclusiva.

En el año 2012, se incorporaron al Plan de Servicios de Salud del PLAN NACER, las prestaciones del Paquete Perinatal de Alta Complejidad (PPAC).

En virtud de los resultados alcanzados a partir de la implementación del PLAN NACER y a los efectos de ampliar su alcance, el MSN creó por medio de las Resoluciones N° 1195/12 y 1460/12, el **PROGRAMA NACIONAL DE DESARROLLO DE SEGUROS PUBLICOS DE SALUD – PROGRAMA SUMAR**, para asistir a todas las jurisdicciones del país en la ampliación de la cobertura de salud que brindaban a través de los Seguros Materno Infantiles Provinciales. Posteriormente el Programa fue ampliado por el MSN mediante la Resolución N° 866/15.

IF-2020-16928457-GDEBA-UFSSMSALGP

A partir de esta nueva fase, las veinticuatro jurisdicciones crearon los Seguros Provinciales de Salud (SPS), incorporando a los niños de 6 a 9 años, adolescentes de 10 a 19 años y los adultos de 20 a 64 años de edad inclusive, a la cobertura de los mismos. A los fines del financiamiento parcial del PROGRAMA, la NACIÓN suscribió con el BIRF los Convenios de Préstamo N° 8062-AR y N° 8516-AR.

Para su implementación la provincia de BUENOS AIRES suscribió con la NACIÓN el Convenio Marco, que rigió su participación en el PROGRAMA SUMAR. Con relación al mismo, las PARTES suscribieron oportunamente Addendas para la ampliación de la población objetivo y luego a fin de acordar la extensión de la vigencia de la implementación del PROGRAMA.

A partir de la implementación del Convenio de Préstamo BIRF N° 8062-AR, se determinó que un conjunto de módulos y prestaciones para la atención de cardiopatías congénitas y perinatología de alta complejidad serían consideradas como Enfermedades Catastróficas y que su financiamiento se realizaría a través del Fondo de Reaseguramiento Solidario de Enfermedades Catastróficas (FRSEC).

En forma concomitante a los hitos descriptos previamente, el MSN durante la última década impulsó otras estrategias destinadas a fortalecer el sistema público de atención para garantizar la atención de las personas que cuentan con cobertura exclusiva del sector público de salud. Entre estas acciones desarrolladas en forma paralela a la implementación del PLAN NACER/PROGRAMA SUMAR, cabe destacar los antecedentes de los proyectos que fueron gestionados priorizando también el fortalecimiento del primer nivel de atención, así como el abordaje de las Enfermedades No Transmisibles (ENT), que cuentan con financiamiento de organismos internacionales, los cuales son los proyectos REDES y PROTEGER.

El MSN estableció, en el año 2009, la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de ENT por Resolución N° 1083/09. En ésta, se proponen como objetivos reducir la prevalencia de factores de riesgo para las ENT, la mortalidad por ENT y mejorar el acceso y la calidad de atención.

Como consecuencia del creciente impacto sanitario de las ENT en Argentina y en el mundo, el Gobierno Nacional tomó la decisión de profundizar la Estrategia Nacional de Prevención y Control de ENT creando el **PROYECTO DE PROTECCIÓN DE LA POBLACIÓN VULNERABLE CONTRA LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES – PROTEGER-**. Para su ejecución, la NACIÓN suscribió con el BIRF el Convenio de Préstamo BIRF Nº 8508-AR.

A partir del año 2016 las veinticuatro jurisdicciones fueron convocadas a suscribir los Convenios Marco para participar del proyecto.

El Gobierno Nacional, suscribió con el BID el Contrato de Préstamo Nº 1903/OC-AR, mediante el cual se financió el PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (FEAPS). El mismo, tuvo por objeto fortalecer el funcionamiento en red de los servicios públicos de salud en las provincias argentinas, como parte del proceso de implementación de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (EAPS).

Posteriormente el MSN formuló el **PROGRAMA MULTIFASE DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD PARA EL MANEJO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES –REDES-** dirigido a contribuir al cumplimiento de las metas de reducción de la morbimortalidad por Enfermedades Crónicas No transmisibles, promoviendo el modelo de cuidado de pacientes con enfermedades crónicas, con enfoque de atención primaria y a través del funcionamiento de redes integradas de servicios, mediante una estrecha coordinación entre los niveles federal, provincial y local. A fin de obtener el financiamiento para la primera fase de implementación se firmó el respectivo Convenio de Préstamo BID N° 2788/OC-AR, en tanto para la segunda operación se suscribió el CP BID N° 3772/OC-AR. Para su participación en esta última, a partir del año 2017, las jurisdicciones fueron invitadas a suscribir Convenios Marco.

El Gobierno Nacional por medio del Decreto PEN N° 908/16 a partir de los recursos existentes en el FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCION -en la órbita de la Superintendencia de Servicios de Salud-, estableció un fondo específico destinado al financiamiento la estrategia de Cobertura

IF-2020-16928457-GDEBA-UFSSMSALGP

Universal de Salud. Para ello el PEN determinó las finalidades de la estrategia de Cobertura Universal de Salud y creó un fideicomiso de administración.

Mediante la Resolución N° 475/16, el MSN estableció los lineamientos generales para priorizar como estrategia sanitaria nacional a la Cobertura Universal de Salud. La resolución insta a todos los programas nacionales dependientes del MSN, cualquiera sea su fuente de financiamiento, a colaborar y coordinar su accionar con la implementación y el desarrollo de la estrategia de la Cobertura Universal de Salud, con el objeto de promover el acceso a la atención sanitaria integral, gratuita y con la adecuada calidad, jerarquizando el Primer Nivel de Atención. Asimismo, determina que se identificará y registrará la totalidad de la población que tenga cobertura del sector público, mediante un sistema único de información, a cuyos efectos se integrarán e interrelacionarán las bases de datos y documentos identificatorios correspondientes a los diversos programas y/o financiadores. En cumplimiento de lo previsto en la Resolución y con el objetivo de implementar la estrategia en todo el país, por medio del Consejo Federal de Salud (COFESA) se invitó a las jurisdicciones a adherir a los principios básicos y suscribir los convenios que resulten necesarios para tal fin.

En ese marco, el MSN aprobó por medio de la Resolución N° 1013/18 el texto del Convenio Marco de Adhesión a la Cobertura Universal de Salud que establece las directrices de la implementación conjunta y tres ejes estratégicos, por parte de la Nación y las Jurisdicciones, de dicha estrategia.

En este sentido, la Resolución N° 115/19 creó la Red Nacional de Interoperabilidad en Salud, contribuyendo a la integración de los sistemas de información de todas las jurisdicciones y sectores del sistema de salud, incluyendo los subsectores público y privado.

En función del contexto descripto y a fin de avanzar en una etapa de integración e interrelación de los programas que cuentan con financiamiento internacional, el Gobierno Nacional decidió profundizar el modelo de gestión y financiamiento (iniciado con el PLAN NACER/PROGRAMA SUMAR) a través de una nueva etapa denominada **PROGRAMA DE AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA EFECTIVA EN SALUD** (en adelante "el PROYECTO"), creado por medio de la resolución N° 518/19.

El PROYECTO, que será implementado en el marco de la estrategia nacional de la Cobertura Universal de Salud (CUS), tendrá como objetivos generales incrementar la cobertura efectiva y equitativa de servicios de salud priorizados para la población con cobertura pública exclusiva y fortalecer el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (MSYDSN) y los Ministerios de Salud de cada una de las veinticuatro jurisdicciones para la implementación de mecanismos para lograr un sistema de salud integrado.

A nivel jurisdiccional la implementación estratégica y operativa del PROYECTO será llevada a cabo por medio de los SPS pre-existentes.

El Plan de Servicios de Salud del PROYECTO comprenderá dos conjuntos de módulos y prestaciones: a) Servicios Preventivos y Generales de Salud, y b) Servicios de Salud de Alta Complejidad.

A fin de garantizar el financiamiento de los Servicios de Salud de Alta Complejidad, se prevé la conformación de un Fondo de Alta Complejidad (FONAC), como continuador del FRSEC.

Conforme a los antecedentes descriptos y la estrategia de implementación de la CUS llevada adelante por el MSYDSN el PROYECTO articulará su ejecución en conjunto con los Programas REDES y PROTEGER. En adelante se identifica en este documento a los tres proyectos en forma conjunta como PROGRAMAS CON FINANCIAMIENTO INTERNACIONAL.

A los efectos de contar con el financiamiento para el PROYECTO, el Gobierno Nacional ha realizado las gestiones para la obtención de un nuevo Convenio de Préstamo con el BIRF. En ese sentido el Poder Ejecutivo Nacional, por medio del Decreto N° 1130/18 aprobó la suscripción de dicho convenio, destinado a financiar parcialmente el PROGRAMA DE AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA EFECTIVA EN SALUD.

IF-2020-16928457-APN-DEBA#SSMSALGP

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

Se expresa que el presente Convenio Marco entrará en vigencia a partir del momento en que se encuentre efectivo el Convenio de Préstamo BIRF N° 8853-AR mediante el cual se financiará parcialmente el PROYECTO.

PRIMERA / DEFINICIONES

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

Concepto	Definición
BIRF	Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento
Beneficiario/a	Se define como Beneficiario/a a toda persona que, reuniendo los requisitos de elegibilidad, se encuentra inscripto el padrón de un SPS.
Beneficiario/a con Cobertura Efectiva Básica	Serán las personas inscriptas que hayan recibido al menos una prestación de salud en un intervalo de tiempo definido por el ECP, y por las cuales el SPS podrá devengar las cápitas.
CAPS	Centro de Atención Primaria de la Salud
COFESA	Consejo Federal de Salud
Cobertura explicita de salud	Se entiende que una persona tiene cobertura explícita de salud cuando se verifica que la misma, o en el caso de los menores, el/la mayor que se encuentre a cargo de los mismos (siempre que éste/a transmita su cobertura), integran el padrón de beneficiarios/as activos/as de las Obras Sociales Nacionales; de las Obras Sociales Provinciales; del programa INCLUIR SALUD o programa que lo reemplace; Mutuales; y, en general de las entidades aseguradoras de servicios de salud de las que se disponga los registros en forma oficial y frecuente.
Compromiso Anual	Acuerdo anual entre la NACIÓN y una Jurisdicción Participante sobre planes de acción, metas y resultados esperados, que tiene una vigencia de un año calendario o bien un período menor en el caso de ser el primer Compromiso Anual.
Compromiso de Gestión	Contrato o Acuerdo firmado entre el MSP y efectores jurisdiccionales de servicios de salud que incluye las obligaciones de cada parte como así también el paquete y precios de los servicios de salud que deben ser provistos por el efector, normas de calidad y medidas de control, mecanismos de pago, resultados esperados, requisitos de presentación de informes y documentos de apoyo, y modalidades de supervisión e inspección por parte de la auditoría externa técnica independiente y de los equipos de supervisión y monitoreo del PROYECTO del ECP y de las UIP.
Condiciones Técnicas vigentes	Normas técnicas y de calidad oficiales emitidas por el MSYDSN referidas a habilitación categorizante de servicios de salud, normas técnicas y de calidad, normas y procedimientos administrativos del PROYECTO.
Convenio Marco	Convenio firmado entre la NACIÓN y una jurisdicción por el cual ésta participa en el PROYECTO. Este Convenio establece los derechos y obligaciones de cada una de las partes.
Cuenta Cápitas del SPS	Cuenta Corriente bancaria nominada en pesos administrada por la UIP a la cual se transfieren los montos correspondientes a las transferencias capitadas y desde donde se efectuarán los pagos a los efectores por prestaciones del Plan de Servicios de Salud brindadas a los y las beneficiarios/as del SPS.
ECP	Equipo Coordinador del Proyecto. Funcionará en la órbita de la Dirección de Articulación de Coberturas Públicas Jurisdiccionales, de la Sub-Secretaria de Coberturas Públicas Sanitarias, de la Secretaria de Coberturas y Recursos de Salud, del MSYDSN.
Efector	Establecimiento de salud que cumple los requisitos necesarios establecidos en el Manual Operativo del PROYECTO.
INDEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina

Jurisdicción participante	Jurisdicción que ha firmado el Convenio Marco de Participación y que este se mantiene vigente. Solamente una Jurisdicción Participante puede acceder a los beneficios del PROYECTO, siempre que haya dado cumplimiento en forma previa a las condiciones de admisibilidad.
Jurisdicción	Todas las provincias del país y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Líneas de cuidado	Conjunto de cuidados de calidad, continuos e integrales, ya sea en condición de buena salud o enfermedad, realizando un recorrido a través de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento y seguimiento de las enfermedades y sus complicaciones.
MSN	Ministerio de Salud de la Nación
MSYDSN	Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (conf. Dec. PEN N° 801/18)
MSP	Ministerio de Salud de la Jurisdicción u organismo equivalente
NACIÓN	Estado Nacional Argentino
OSN	Obras Sociales Nacionales
OSP	Obra Social Provincial
Plan de Servicios de Salud // PSS	Conjunto de prestaciones de salud y módulos prestacionales elegibles para los SPS en el marco del PROYECTO. El PSS se ordena por líneas de cuidado y comprende dos conjuntos de módulos y prestaciones: a) Servicios Preventivos y Generales de Salud, y b) Servicios de Salud de Alta Complejidad.
POA	Plan Operativo Anual
Población Elegible/ Objetivo	Niños y niñas de 0 a 9 años, Adolescentes de 10 a 19 años y Adultos de 20 a 64 años inclusive con cobertura exclusiva del sector público de salud, domiciliados en la Jurisdicción Participante.
PROYECTO	Programa de Ampliación de la Cobertura Efectiva en Salud, financiado por el Convenio de Préstamo BIRF N° 8853-AR aprobado por medio del Decreto N° 1130/18.
PUCO	Padrón Único Consolidado Operativo conformado sobre la base de los padrones oficiales de cobertura explícita de salud disponibles.
Reglamento Operativo	Conjunto de normas y procedimientos específicos que son de cumplimiento obligatorio para la NACIÓN y las Jurisdicciones Participantes del PROYECTO. Este reglamento forma parte del Convenio Marco de participación.
SPS	Seguro Provincial de Salud.
Transferencia Capitada	Es la Transferencia Capitada para el financiamiento de los Servicios Preventivos y Generales de Salud del PSS, que se calcula como el producto de un Monto per cápita por el número de Beneficiarios/as elegibles que revistan la condición de "beneficiarios/as con cobertura efectiva básica". Esta transferencia se compone de una Transferencia Mensual Base y de una Transferencia Complementaria Cuatrimestral.
Transferencia Complementaria Cuatrimestral	Transferencia que la NACIÓN girará cuatrimestralmente a las Jurisdicciones Participantes, y que representará hasta un máximo del 50% de la sumatoria de las Transferencias Capitadas de los cuatro últimos meses multiplicado por un coeficiente que refleja el desempeño sanitario por variables de control (Trazadoras).
Transferencia Mensual Base	Transferencia que la NACIÓN girará mensualmente a las Jurisdicciones Participantes, y que representará el 50% de la Transferencia Capitada (la cápita estará conformada por un componente base y un componente de equidad).
Trazadoras	Son indicadores sanitarios mediante los cuales se evalúa y retribuye el desempeño del Sistema de Salud de la Jurisdicción, respecto de distintas dimensiones de la atención de la salud de la población objetivo.
UIP	Unidad de Implementación Provincial. La misma será conformada como la continuidad del equipo de la Unidad de Gestión del Seguro Provincial.

IF-2020-16928457-GDEBA-UFSSMSALGP

SEGUNDA / PARTES

Por una parte la SECRETARIA DE GOBIERNO DE SALUD DE LA REPUBLICA ARGENTINA (en adelante **LA NACIÓN**), representado por el Sr. Secretario de Gobierno de Salud, Dr. Adolfo Luis RUBINSTEIN, con domicilio en Avenida 9 de Julio N° 1.925, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y por la otra parte LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (en adelante **LA JURISDICCIÓN**), representado por la Gobernadora, Lic. María Eugenia VIDAL, con domicilio en la calle 6 entre 51 y 53 , de la Ciudad de La Plata, respectivamente, han convenido lo siguiente:

TERCERA / ASPECTOS GENERALES

3.1. Las PARTES reafirman su compromiso de lograr los objetivos de desarrollo del PROYECTO, que son los siguientes: (i) incrementar la cobertura efectiva y equitativa de servicios de salud priorizados para la población con cobertura pública exclusiva; y (ii) el fortalecimiento del MSYDSN y de los Ministerios de Salud Provinciales para la implementación de mecanismos para lograr un sistema de salud integrado.

Las PARTES expresan su voluntad de implementar el PROYECTO como parte de la estrategia sanitaria definida por el MSYDSN denominada Cobertura Universal de Salud, la cual identifica como prioritarios los siguientes ejes estratégicos:

a) **Población a cargo de equipos de salud familiar y comunitaria**
Este eje implica delimitar áreas de responsabilidad geográfica de los establecimientos, identificar a la población, conocer sus características para adaptar los servicios a sus necesidades, georreferenciarla, asignarla a establecimientos y responsabilizar a equipos de salud a cargo de su cuidado. En esta dirección, se propone una organización de la atención primaria mediante equipos nucleares conformados por un/a profesional con formación médica (preferentemente de familia o general, clínica o pediatría), de enfermería y agentes sanitarios. También se propone la organización de equipos ampliados de apoyo, que incluyan otros profesionales de especialidades tales como como odontología, nutrición, psicología, trabajo social, entre otras.

b) **Sistemas de información integrados e interoperables y aplicaciones informáticas**
Este eje se centrará en la adopción de procesos de identificación univoca de población que minimice errores y duplicidad, acceso a registros integrados e interoperables mediante implementación de Historias Clínicas Electrónicas, así como la utilización de herramientas tecnológicas para mejorar las brechas de acceso a la atención (telemedicina y aplicaciones). Asimismo, comprenderá el desarrollo, implementación y fortalecimiento de los sistemas de facturación electrónica para reporte y recupero de costos por prestaciones brindadas a beneficiarios/as del sub-sector público como así también de la seguridad social o de seguros privados.

c) **Monitoreo y evaluación de indicadores de calidad y metas a acordar entre Nación y Provincias para líneas de cuidado priorizadas**
Complementando los ejes estratégicos anteriores, el camino hacia la CUS requiere trabajar en la calidad de los servicios de salud. En este sentido, implica realizar un análisis acerca de qué servicios se están brindando, con qué oportunidad y calidad, y si se adecuan a las necesidades de la población. También la organización de los servicios de salud en red por niveles de complejidad creciente y la priorización de líneas de cuidado para reducir brechas de inequidad.

3.2. La relación entre las PARTES para el PROYECTO es normada por el presente Convenio Marco, que contiene las normas generales a las cuales deberán atenerse las PARTES intervinientes, y un Reglamento Operativo que es parte integrante del mismo. Asimismo, las PARTES acuerdan suscribir mientras el acuerdo esté vigente, Compromisos Anuales en los que se definan, entre otras materias: las expectativas comunes y responsabilidades respecto de las políticas de inscripción de población elegible, definición de metas de trazadoras, cumplimiento de

IF-2020-16928457-GDEBA-UFSSMSALGP

otras metas y objetivos, y de las acciones tendientes al logro de los mismos. Para la interpretación de estas normas el orden de prelación es el siguiente:

- Convenio Marco
- Reglamento Operativo
- Compromisos Anuales

Los documentos enumerados no podrán contradecir al Convenio de Préstamo suscripto con el BIRF para financiar parcialmente el PROYECTO (Préstamo N° 8853-AR) y demás Normas del BIRF que resulten aplicables conforme al mismo, ni tampoco al Manual Operativo del PROYECTO aprobado por el BIRF, el cual constituye la guía de ejecución del mismo.

En tanto los fondos que la NACIÓN destine a la implementación del PROYECTO sean financiados a través de Convenios de Préstamo con el BIRF, las normas del Convenio de Préstamo del que derivan estos fondos serán prevalentes para las PARTES.

CUARTA / OBLIGACIONES DE LA JURISDICCIÓN

4.1. La JURISDICCIÓN adhiere al PROYECTO, conforme a las normas, procedimientos y regulaciones que se desarrollan en el presente Convenio y en el Reglamento Operativo establecido por la NACIÓN, con las modificaciones que ésta pudiere introducirle a este último instrumento en el futuro, con el fin de adaptarlo a las necesidades del conjunto de jurisdicciones del país, previo acuerdo con el BIRF. Dichas modificaciones serán notificadas oportunamente a la JURISDICCIÓN.

4.2. A través del presente Convenio la JURISDICCIÓN se compromete a respetar las normas y procedimientos establecidos en el Reglamento Operativo que se presenta como Apéndice al presente documento, el cual, en caso de duda o contradicción, será interpretado por el Equipo Coordinador del Proyecto (ECP) de acuerdo con las normas del PROYECTO. Sin perjuicio de esto, la JURISDICCIÓN asume las siguientes obligaciones:

a) Institucionales

i) Implementar el PROYECTO a nivel de la JURISDICCIÓN debiendo proceder al dictado de las normas necesarias a tal efecto.

ii) Crear la Unidad de Implementación Provincial (UIP), sobre la base de la pre-existente Unidad de Gestión del Seguro Provincial de Salud (UGSP Programa SUMAR), cuya estructura inicial será definida por el ECP y comunicada a la JURISDICCIÓN, con facultades suficientes para dirigir y administrar el SPS, conducir las gestiones ante el ECP y a dotarla de los recursos necesarios para su funcionamiento, incluyendo la designación de un responsable de las funciones de coordinación y gestión de dicha Unidad.

iii) Gestionar ante el Poder Legislativo de la JURISDICCIÓN el mantenimiento del porcentaje de gasto local destinado a salud; excluyendo los recursos adicionales recibidos en el marco del PROYECTO, tomando como base el promedio de los últimos tres años y por el término de este Convenio. Asimismo, se compromete a gestionar los recursos necesarios para mantener en funcionamiento la estrategia de la CUS en el ámbito de la JURISDICCIÓN, una vez finalizado el financiamiento del PROYECTO.

b) Administración financiera

i) Remitir mensualmente el padrón actualizado y depurado de beneficiarios/as y los reportes y rendiciones de cuentas previstas en el Reglamento Operativo, documentos que permitirán proceder a las liquidaciones de las transferencias de fondos por parte de la NACIÓN.

ii) Abrir y mantener operativa una Cuenta del SPS al solo efecto de ser utilizada bajo las normas del PROYECTO y notificar fehacientemente al ECP su apertura, consignando el nombre de la Entidad Bancaria, firmas autorizadas y Tipo y Número de Cuenta. La Cuenta del SPS deberá permitir el mantenimiento de sus saldos al final de un ejercicio para ser utilizados en los siguientes.

IF-2020-16928457-GDEBA-UFSSMSALGP

iii) Utilizar los fondos recibidos de la NACIÓN exclusivamente para los fines específicos previstos en el PROYECTO.
iv) Gestionar la disponibilidad de la partida presupuestaria acorde a cada ejercicio, a fin de contar con los recursos locales necesarios para afrontar el co-financiamiento de transferencias capitadas y recursos humanos, conforme a las normas del PROYECTO.

c) Inscripción y atención de la población elegible

i) Inscribir exclusivamente a la población que cumple con las condiciones de población elegible, según las normas del PROYECTO.
ii) Los servicios de salud incluidos en el Plan de Servicios de Salud serán absolutamente gratuitos para las personas beneficiarias del SPS quedando expresamente prohibido el cobro por sí o a través de terceros de suma alguna para la realización de los mismos, por parte de la JURISDICCIÓN o de sus efectores contratados.
iii) Implementar una estrategia para la asignación de la población a cargo de los equipos de atención primaria de la salud, conforme a las directrices establecidas a tal efecto por el MSYDSN.

d) Sistemas de información en salud e interoperabilidad

i) Implementar un sistema informático de inscripción de población elegible del PROYECTO, de registro prestacional y facturación, provisto por la NACIÓN o desarrollado por la JURISDICCIÓN. En este último supuesto, el mismo deberá reunir los requisitos técnicos y contenidos mínimos definidos por la NACIÓN.
ii) Llevar a cabo las soluciones informáticas que sean acordadas a fin de alcanzar estándares de interoperabilidad.
iii) Participar de la ejecución del PLAN NACIONAL DE SISTEMAS DE INFORMACION E INTEROPERABILIDAD, trabajando en un proyecto conjunto con la NACIÓN, como parte de la estrategia de la CUS.

e) Contratación y pago de los servicios de salud

i) Suscribir los Compromisos de Gestión únicamente con los Efectores.
ii) Comprar y pagar a los efectores contratados las prestaciones y módulos requeridos para asegurar a las personas beneficiarias la provisión de Servicios Preventivos y Generales de Salud, del Plan de Servicios de Salud (que se presenta como Anexo F del Reglamento Operativo).
iii) Implementar mecanismos de contratación y pago a efectores que contemplen el pago por la provisión de prestaciones incluidas en el Plan de Servicios de Salud para Servicios Preventivos y Generales de Salud, de modo tal que sean compatibles con el logro de los objetivos del mismo y que sean brindadas de acuerdo con las condiciones técnicas y de calidad vigentes, pudiendo comprar principalmente prestaciones de salud (sean éstas pagadas bajo la modalidad de módulos o prestaciones individuales, entre otras) y en ningún caso comprar factores de producción (insumos, personal, etc.).
iv) Introducir los ajustes necesarios en los mecanismos de pago implementados si en el transcurso de la ejecución del PROYECTO se ejecutan (conforme a lo dispuesto por la normativa) otras modalidades de pago a los efectores.
v) Implementar los mecanismos de contratación y gestión para el pago de módulos y prestaciones por parte del FONAC, que garanticen el acceso al financiamiento de la población elegible de la jurisdicción a la cobertura prevista en el marco del PROYECTO para los Servicios de Salud de Alta Complejidad.

f) Reportes y registros

i) Entregar al ECP mensualmente el padrón de la Obra Social Provincial actualizado.
ii) Conformar y mantener actualizado el padrón de beneficiarios/as, identificando a quienes cuentan con cobertura efectiva básica, como así también a quienes que hayan sido asignados a cargo de un establecimiento de salud, de acuerdo a las directrices acordadas con la NACIÓN.
iii) Remitir mensualmente al ECP la información requerida según el Reglamento Operativo, en especial la relacionada con el padrón actualizado de beneficiarios/as identificando a los que cuentan con cobertura efectiva básica, reporte prestacional

(incluyendo las líneas de cuidado completas, con prestaciones financiadas por el PROYECTO y con otras fuentes de financiamiento), las rendiciones de cuenta correspondientes a las transferencias recibidas, y otros reportes o informes definidos en el Reglamento Operativo del PROYECTO.

iv) Mantener actualizada y entregar una base de datos de Efectores.

g) Recupero de costos a la seguridad social y sector privado

i) Remitir periódicamente al ECP la información correspondiente al pago de prestaciones brindadas, por establecimientos de la red pública de atención de salud de la JURISDICCIÓN, a beneficiarios/as de las Obras Sociales y seguros de salud privados. La frecuencia y los datos requeridos serán definidos en el Reglamento Operativo del PROYECTO.

ii) La Jurisdicción se compromete a colaborar con la NACIÓN para desarrollar el análisis de problemas claves y obstáculos de implementación con el sistema actual de recupero de costos como así también actividades de capacitación para el personal administrativo de los establecimientos de salud.

h) Planificación

i) Presentar al **MSYDSN**, un Plan de Trabajo Anual integrado de los PROGRAMAS CON FINANCIAMIENTO INTERNACIONAL, que incluya acciones y recursos orientados a desarrollar la estrategia de la CUS en la provincia. La planificación para cada año deberá ser presentada durante el último trimestre del año anterior.

ii) Este programa de trabajo será discutido con el ECP y el resultado de los acuerdos alcanzados se plasmará en un Compromiso Anual que será firmado por la UIP y el ECP, y cuyo modelo consta en el Anexo M del Reglamento Operativo adjunto.

iii) El Plan de Trabajo Anual integrado deberá considerar los siguientes aspectos:

(a) Planificación de ingresos financieros basado en proyección de inscriptos con CEB y desempeño en trazadoras y egresos financieros basados en la compra de servicios de salud.

(b) Población a cargo de equipos de salud familiar y comunitaria
  (i) Conformación de equipos de salud familiar y comunitaria
  (ii) Asignación de población a equipos de salud

(c) Monitoreo y evaluación de indicadores de calidad y metas acordadas entre Nación y Provincia para líneas de cuidado priorizadas
  (i) Estrategia de abordaje de las líneas de cuidado
  (ii) Definición de la red de servicios de atención
  (iii) Mejora de la calidad de la atención

(d) Sistemas de información interoperables y aplicaciones informáticas
  (i) Herramientas clínicas
  (ii) Herramientas administrativas
  (iii) Herramientas para usuarios

(e) Estrategias para el fortalecimiento de los ejes de la CUS
  (i) Desempeño en capacitación
  (ii) Estrategia de comunicación y empoderamiento ciudadano
  (iii) Salvaguardas (Indígena y Ambiental)

iv) El Plan de Trabajo Anual integrado deberá incluir también la participación de otras áreas clave de los Ministerios provinciales (como Atención Primaria de la Salud, Hospitales, Sistemas de información e informática en salud, por ejemplo). Los componentes señalados son los que inicialmente formarán parte de la planificación y serán definidos por medio del Reglamento Operativo, pudiendo ser modificados de acuerdo al avance de la implementación de la CUS y la necesidad de profundizar desempeños o acelerar espacios de mejora.

i) Auditoria y monitoreo

i) Facilitar las tareas de supervisión, auditoria, monitoreo y evaluación del SPS, en el marco de las normas del PROYECTO y las Condiciones Técnicas vigentes por parte de los representantes que designe la NACIÓN.

ii) Asumir el compromiso de facilitar la implementación de la estrategia de investigación y evaluación desarrollada en el marco del PROYECTO, en los casos que la JURISDICCION se encuentre en el alcance previsto por la NACIÓN.

IF-2020-16928457-GDEBA-UFSSMSALGP

j) Comunicación y participación ciudadana

i) Efectuar una amplia campaña de publicidad y comunicación del PROYECTO, orientada a la población elegible, con un enfoque de derechos y género y adecuación a la cultura de las poblaciones originarias.

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

k) Financiamiento de contrapartida

i) La JURISDICCIÓN se compromete a poner a disposición los fondos de contrapartida entendiendo estos como la capacidad instalada y los recursos humanos necesarios para la ejecución del Programa de Ampliación de la Cobertura Efectiva en Salud. Asimismo, se compromete a gestionar los fondos requeridos para co-financiar el PROYECTO, una vez finalizado el financiamiento de la NACIÓN.

l) Continuidad de la CUS

i) Presentar al ECP con seis meses de antelación a la fecha de finalización de este Convenio, un plan que asegure la continuidad de las líneas de acción implementadas bajo el Programa de Ampliación de la Cobertura Efectiva en Salud en la JURISDICCIÓN.

m) Plan con Poblaciones Indígenas

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

n) Marco de Salud Ambiental

i) La Jurisdicción se compromete a colaborar con la NACIÓN para el cumplimiento de las acciones previstas en el Marco Gestión Ambiental del PROYECTO aprobado por el BIRF en línea con OP 4.01 del BIRF.

QUINTA / OBLIGACIONES DE LA NACIÓN

5.1. La NACIÓN acepta la participación de la JURISDICCIÓN, asumiendo las responsabilidades derivadas del cumplimiento de los objetivos del PROYECTO y del Convenio de Préstamo BIRF N° 8853-AR.

5.2. La NACIÓN se compromete a:

a) Transferir un monto calculado sobre la base de personas beneficiarias con cobertura efectiva básica, en forma decreciente, para financiar parcialmente el acceso a las prestaciones del Plan de Servicios de Salud, vinculadas a Servicios Preventivos y Generales de Salud, que hayan sido contratadas por la UIP para los y las beneficiarios/as del SPS. Esta transferencia capitada se transferirá a la Cuenta Cápitas del SPS, de acuerdo con las normas que establece la cláusula sexta de este Convenio y con las pautas y modalidades que establece el Reglamento Operativo del PROYECTO.

b) Financiar parcialmente el acceso a las prestaciones del Plan de Servicios de Salud vinculadas a la Alta Complejidad para las personas beneficiarias del SPS de acuerdo a las normas y mecanismos definidos en el Reglamento Operativo del PROYECTO.

c) Suscribir los Compromisos de Gestión con efectores de salud que se encuentren habilitados, de acuerdo a criterios de libre concurrencia y transparencia para proveer prestaciones para Enfermedades de Alta Complejidad.

d) Apoyar el desarrollo institucional del MSP en sus funciones de rectoría, a través de:

(i) Financiar parcialmente o proveer requerimientos de inversiones en equipamientos, capacitación, consultoría, comunicación y auditoria, para

IF-2020-16928457-GDEBA-UFSSMSALGP

las tareas de desarrollo de la CUS y de su UIP; todo esto de acuerdo con las pautas, modalidades y restricciones que establece el Reglamento Operativo y sujeto a la pauta presupuestaria con la que cuente la NACIÓN anualmente.

(ii) Proveer a la JURISDICCIÓN soluciones informáticas para la administración, depuración y gestión del padrón de beneficiarios/as del SPS y para la medición de los indicadores sanitarios (trazadoras) relacionados a las transferencias capitadas cuatrimestrales.

(iii) Brindar asistencia técnica para la implementación, desarrollo y ejecución de la CUS en todos sus ejes estratégicos, a través de los programas nacionales vigentes o acuerdos específicos.

SEXTA / RÉGIMEN FINANCIERO

6.1. La NACIÓN transferirá recursos a la JURISDICCIÓN destinados con fines específicos y mecanismos previstos en el presente Convenio y en el Reglamento Operativo, por los siguientes conceptos:

a) Transferencias Capitadas para financiar parcialmente el acceso a prestaciones de servicios de salud incluidos en el Plan de Servicios de Salud vinculado a Servicios Preventivos y Generales de Salud del PROYECTO. Asimismo, dichos recursos podrán ser destinados a financiar, inicialmente, prestaciones de Servicios Preventivos y Generales del Plan de Servicios de Salud del Programa SUMAR (conforme a las normas que se establezcan a tal fin), en la medida que sean elegibles por el Convenio de Préstamo.

b) Financiamiento para solventar gastos de asistencia técnica, equipamiento, consultoría, capacitación y comunicación.

6.2. Definición y estimación de la población elegible.

En el marco del Programa de Ampliación de la Cobertura Efectiva en Salud se define como "**Población Elegible**" a aquella población que cuenta con cobertura pública exclusiva de salud hasta los 64 años de edad inclusive.

A los efectos de cuantificar la **Población Elegible** de cada año, el ECP aplicará una regla operativa en todas las Jurisdicciones, definida en el Reglamento Operativo del PROYECTO. Para ello, anualmente, se utilizarán los resultados de las estimaciones realizadas, tomando como base toda la información oficial disponible requerida para su cálculo y los últimos datos del padrón de beneficiarios.

La misma deberá contar con No Objeción del Banco y el resultado de su aplicación será comunicado oportunamente a las UIP.

6.3. Transferencias Capitadas

6.3.1. Cálculo

A los efectos de determinar las Transferencias para una Jurisdicción Participante el ECP calculará mensualmente la **Transferencia Capitada** definida como el producto de un **Monto per cápita** por el número de **Beneficiarios/as** que revistan la condición de **"beneficiarios/as con cobertura efectiva básica"**, en los términos descriptos en el Anexo D del Reglamento Operativo.

El **Monto per cápita** está conformado por dos partes: **(i) Componente Base**, el cual es uniforme para todas las **Jurisdicciones Participantes**, y (ii) un **Componente Equidad** cuyo valor será establecido para cada una de las **Jurisdicciones Participantes,** basado en consideraciones de equidad. El valor del **Componente Equidad** será calculado para cada jurisdicción como una función inversa del indicador "Esperanza de vida al nacer" (EVN), el cual es un aproximado de los resultados de salud de la jurisdicción, según se explicita en el Reglamento Operativo.

IF-2020-16928457-GDEBA-UFSSMSALGP

Las transferencias capitadas recibidas por la jurisdicción en función del componente de equidad, será utilizado para incentivar prestaciones específicas incluidas en el Plan de Servicios de Salud tendientes a mejorar los resultados de equidad. Los valores establecidos para estas prestaciones seleccionadas serán acordados por las PARTES en el marco de la planificación anual.

El valor del **Componente Base** será revisado anualmente y actualizado en función de las necesidades del PROYECTO en acuerdo con el BIRF.

La Jurisdicción Participante recibirá transferencias capitadas vinculadas al **Componente Equidad** hasta agotar los recursos establecidos para ello en el Reglamento Operativo del PROYECTO. Luego de lo cual, seguirá recibiendo las transferencias capitadas vinculadas al componente base.

La metodología para el cálculo del **Componente Equidad** y el monto máximo de fondos para cada jurisdicción participante serán revisados a medio término del PROYECTO.

Mensualmente, la NACIÓN girará a las **Jurisdicciones Participantes** el 50% de la **Transferencia Capitada**, denominada **Transferencia Mensual**.

Cuatrimestralmente, la NACIÓN girará a la **Jurisdicción Participante,** una **Transferencia Complementaria Cuatrimestral** que se calculará como una proporción de las **Transferencias Capitadas** de los cuatro últimos meses. Dicha proporción, que será equivalente hasta un máximo del 50% de la sumatoria de las **Transferencias Capitadas** de los cuatro últimos meses, se calculará a partir de un coeficiente que refleja el desempeño sanitario alcanzado por la Jurisdicción medido por las trazadoras del PROYECTO. Las trazadoras y el mecanismo de cálculo de la Transferencia Complementaria cuatrimestral se encuentran definidos en el Reglamento Operativo del PROYECTO.

No obstante, lo establecido más arriba, las **Transferencias Capitadas** que correspondan al **Período de Gracia de las Transferencias Complementarias Cuatrimestrales** (entendiendo por tal al período de hasta ocho meses) serán remitidas a la JURISDICCIÓN en hasta un 100%, en relación al valor proporcional que representan las trazadoras que se incorporan a la matriz como innovaciones en esta fase de ejecución del PROYECTO.

En el transcurso de la ejecución del PROYECTO, la NACIÓN podrá ajustar el porcentaje de la transferencia capitada que determina las transferencias capitadas Mensuales y Cuatrimestrales.

Durante la vigencia del PROYECTO el financiamiento de la NACIÓN se prevé que sea del 100% para el Componente Equidad de la cápita para Servicios Preventivos y Generales de Salud, y para la cápita de Servicios Salud de Alta Complejidad. Asimismo, durante toda la vigencia del PROYECTO el Componente Base de la cápita, asociada al Plan de Servicios de Salud vinculado a Servicios Preventivos y Generales de Salud será co-financiada aportando el 85% la NACIÓN y el 15% la JURISDICCIÓN.

6.3.2. Sobre las Trazadoras

Las **Trazadoras** son indicadores sanitarios mediante los cuales se evalúa y retribuye el desempeño del sistema de salud de la jurisdicción, respecto de distintas dimensiones de la atención de la salud de la población objetivo.

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

La matriz de trazadoras se encuentra definida en el Reglamento Operativo que forma parte del presente Convenio.

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

6.3.3. Régimen de Sanciones

Al momento de liquidar las Transferencias Capitadas, el ECP aplicará las sanciones establecidas en la normativa del PROYECTO, cuando detecte por sí o a través de la Auditoria Externa Técnica Independiente (AETI) o Auditoria Financiera, a su solo criterio, que la Jurisdicción Participante ha incurrido en errores, omisiones o ha cometido alguna infracción a las normas del PROYECTO, con el objetivo de evitar su reiteración a futuro.

Los casos previstos, modo de determinación de los importes, penalidades y oportunidad de las deducciones, se encuentran definidos en el Reglamento Operativo.

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

6.3.4. Forma de pago

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

La JURISDICCIÓN recibirá las Transferencias Capitadas en las condiciones que establezca el PROYECTO y mientras se mantenga vigente el presente Convenio.

6.3.5. Uso de las Transferencias Capitadas

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

En particular en el caso de las Transferencias Capitadas, los fondos recibidos por la JURISDICCIÓN serán destinados exclusivamente a financiar la cobertura de salud que garantice que las prestaciones, los módulos prestacionales y los cuidados preventivos destinados a la población elegible sean brindados por los efectores contratados, de acuerdo con las condiciones técnicas vigentes establecidas en el PROYECTO.

Durante la ejecución del PROYECTO inicialmente la modalidad de pago será por prestación y se prevé la incorporación de otras modalidades de pago a los efectores contratados por la UIP, tales como el pago de incentivos vinculados a mejoras de calidad y avances en la estrategia de población a cargo y pagos capitados, entre otros. A tal fin, la incorporación de dichas modalidades de pago, serán acordadas con el BIRF e incorporadas oportunamente al Reglamento Operativo.

Los pagos que sean realizados por de la UIP a los efectores contratados, estarán sujetos a las cláusulas establecidas en el Reglamento Operativo.

6.3.6. Sobre el Plan de Servicios de Salud

El Plan de Servicios de Salud es único para todas las Jurisdicciones Participantes y contiene los servicios de salud priorizados por el PROYECTO.

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

Plan de Servicios de Salud del Proyecto	
N° 1	Servicios Preventivos y Generales de Salud
N° 2	Servicios de Salud de Alta Complejidad

El mismo se rige por las normativas y guías para la atención de la salud elaboradas por el MSYDSN. Durante la vigencia del PROYECTO, el Plan de Servicios de Salud podrá incorporar nuevas prestaciones priorizadas, previa No Objeción por parte del BIRF.

IF-2020-16928457-GDEBA-UFSSMSALGP

La UIP podrá efectivizar pagos desde la Cuenta Cápitas del SPS para pagar la prestación de los Servicios Preventivos y Generales de Salud, que forman parte del PSS.

Los precios del Plan de Servicios de Salud vinculados a los Servicios Preventivos y Generales serán definidos por cada jurisdicción previa discusión técnica e información al ECP y al BIRF.

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

6.4. Fondo de Alta Complejidad

Las PARTES acuerdan que los recursos existentes en la Cuenta del Fondo de Reaseguramiento Solidario de Enfermedades Catastróficas (FRSEC) serán transferidos una vez finalizado el Programa Sumar, a la Cuenta del Fondo de Alta Complejidad (FONAC), al efecto de que los mismos sean utilizados para el financiamiento de los Servicios de Salud de Alta Complejidad. Asimismo, las PARTES acuerdan que el FONAC será responsable por las obligaciones pendientes del FRSEC al momento en que se realice la transferencia mencionada, lo cual se encuentra previsto en resolución N° 518/19.

SÉPTIMA/ GARANTIA DE INDEMNIDAD

La JURISDICCIÓN se obliga a mantener indemne a la NACIÓN por cualquier suma que ésta deba abonar a un/a beneficiario/a elegible inscripto/a, 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. Las PARTES acuerdan que la JURISDICCIÓN se responsabiliza por toda consecuencia dañosa derivada de las praxis médicas y/o paramédicas o del incumplimiento o cumplimiento defectuoso de cualquier obligación emergente del presente convenio.

La JURISDICCIÓN se responsabiliza por cualquier daño o hecho realizado por el personal de los efectores, cuando este incurriere en dolo, negligencia o de cualquier otro modo contraviniere el tenor de sus obligaciones.

La JURISDICCIÓN asume la totalidad de la responsabilidad por las consecuencias derivadas de la contratación de personal, seguros de mala praxis, convenios con efectores y toda otra actividad vinculada con la ejecución de la estrategia de la Cobertura Universal de Salud.

OCTAVA/ CONDICIONALIDADES

8.1. La NACIÓN no tendrá obligación de transferir ningún monto para el financiamiento del SPS hasta tanto la JURISDICCIÓN haya cumplimentado previamente las condiciones de admisibilidad que se describen en el Reglamento Operativo adjunto y la firma del primer Compromiso Anual conforme a las condiciones establecidas en el numeral 4.2 inciso h).

8.2. Asimismo, a fin de acceder a las transferencias de la NACIÓN la JURISDICCIÓN deberá dar cumplimiento a las condiciones previas establecidas en el numeral 4.2 incisos a) ii), b) ii) y d i).

NOVENA / ACEPTACIÓN DEL REGLAMENTO OPERATIVO PARA JURISDICCIONES PARTICIPANTES

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

DECIMA / RESOLUCION DE CONFLICTOS

Las PARTES acuerdan que, en caso de discrepancias o conflictos, agotarán todas las instancias para la solución amigable de los mismos.

UNDECIMA / VIGENCIA

La vigencia del presente Convenio se establece hasta el día 31/12/2022 -luego de la cual podrá negociarse un nuevo Convenio a satisfacción de las PARTES- o bien hasta la finalización de los recursos del Convenio de Préstamo BIRF N° 8853-AR, con el que se financiará parcialmente la implementación del PROYECTO, lo que suceda primero.

A los efectos de las transferencias, el Convenio entrará en vigencia en el momento que la JURISDICCIÓN haya demostrado el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la cláusula 8.1. del presente convenio. No se devengará ningún concepto a favor de la JURISDICCIÓN mientras que la cláusula 8.1 no se haya cumplido y ninguna transferencia será girada hasta tanto la cláusula 8.2 se haya cumplido.

La JURISDICCIÓN mantendrá su condición de Jurisdicción Participante del PROYECTO en la medida que el Convenio Marco y el Compromiso Anual se encuentren vigentes, cosa que ocurrirá en el caso en que se cumplan las siguientes condiciones:

i) Se encuentre vigente el PROYECTO.
ii) Se encuentre vigente el Compromiso Anual o que no hayan pasado más de 3 meses de encontrarse vencido y no haberse firmado uno nuevo.
iii) Se mantenga operativa la UIP del SPS cuyas características funcionales centrales serán definidas por el ECP y comunicadas a la JURISDICCIÓN.
iv) El presente Convenio Marco no haya sido denunciado por el ECP por incumplimientos graves de la Provincia, por ejemplo:
   - Demora mayor a los 60 días en la rendición de cuentas del uso de los fondos de la Cuenta del SPS.
   - Incumplimientos graves a las normas del PROYECTO.
   - Otros incumplimientos reiterados respecto de las normas del PROYECTO.
v) Se dé cumplimiento a las metas y objetivos de gestión conforme a la modalidad y plazo establecido en el Anexo A del Reglamento Operativo ("Condiciones de Admisibilidad y Permanencia").

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

En caso de rescisión, los derechos y las obligaciones correspondientes a LA JURISDICCIÓN y a LA NACIÓN se extinguen el día de la misma, quedando vigentes todas aquellas que refieran a periodos anteriores.

DUODECIMA / CONFORMIDAD

Las PARTES intervinientes declaran su conformidad con lo anteriormente pactado, obligándose a su estricto cumplimiento, firmando en constancia sus representantes legales dos ejemplares de un mismo tenor.
Se firma el presente Convenio a los 10 días del mes de JUNIO de 2019.

Por **LA JURISDICCIÓN**

MARIA EUGENIA VIDAL
Gobernadora
de la Provincia de Buenos Aires

Por **LA NACIÓN**

Dr. ADOLFO C...
Secretario de Gobierno de Salud
Ministerio de Salud y Desarrollo Social

G O B I E R N O DE LA P R O V I N C I A DE B U E N O S A I R E S
2020 - Año del Bicentenario de la Provincia de Buenos Aires

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número: IF-2020-16928457-GDEBA-UFSSMSALGP

LA PLATA, BUENOS AIRES
Martes 18 de Agosto de 2020

Referencia: Convenio Marco PACES

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 17 pagina/s.

Digitally signed by GDE BUENOS AIRES
DN: cn=GDE BUENOS AIRES, c=AR, o=MINISTERIO DE JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS BS AS, ou=SUBSECRETARIA DE GOBIERNO DIGITAL, serialNumber=CUIT 30715471511
Date: 2020.08.18 15:50:29 -03'00'

JOAQUIN LARRABIDE
Responsable de Unidad
Unidad de Fortalecimiento del Sistema de Salud
Ministerio de Salud

Digitally signed by GDE BUENOS AIRES
DN: cn=GDE BUENOS AIRES, c=AR, o=MINISTERIO DE JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS BS AS, ou=SUBSECRETARIA DE GOBIERNO DIGITAL, serialNumber=CUIT 30715471511
Date: 2020.08.18 15:50:30 -03'00'