

San Miguel de Tucumán.

**RESOLUCIÓN N° 59/SPS.**  
**EXPEDIENTE N° 1515/618-S-2024.**

VISTO: la solicitud de suscripción de un convenio de cooperación institucional entre el Sistema Provincial de Salud y la Municipalidad de la Banda del Río Salí, y

**CONSIDERANDO** que:

El mencionado convenio tiene por finalidad la implementación en el municipio del Plan Argentino Integrado de Servicios de Salud (PAISS) conocido como programa SUMAR.

Se agrega modelo de convenio respecto del cual no se formulan observaciones legales.

El Secretario Ejecutivo Administrativo Contable autoriza la continuidad del trámite.

En cuanto a su encuadre legal, el presente convenio se encuentra incluido dentro de las atribuciones otorgadas al presidente del Si.Pro.Sa. por el artículo 9°, inciso 38° de la Ley N° 5.652.

Al respecto, corresponde tener presente que la Ley N° 5.652 dispone en su artículo 2°: *“La salud es un derecho básico e inalienable del hombre. El Estado provincial garantizará el ejercicio pleno de ese derecho... A tales fines es responsable y garante económico de la organización, planificación y dirección de un sistema igualitario, de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud física y mental de la población”*. A su turno, en el artículo 4° señala: *“Son fines del Sistema Provincial de Salud: 6) Coordinar con otras provincias, con el Estado Nacional y, en general, con organismos nacionales y extranjeros, la realización de programas comunes de salud y salud ambiental. 7) Regular el desarrollo total de la capacidad instalada y de las acciones de salud en la provincia.”*

Por lo expuesto no existen objeciones legales que formular al presente trámite.

Por ello, en uso de las facultades conferidas por Ley N° 5.652, y atento al dictamen jurídico obrante en autos.

**EL MINISTRO DE SALUD PUBLICA  
EN SU CARÁCTER DE PRESIDENTE  
DEL SISTEMA PROVINCIAL DE SALUD  
RESUELVE:**

1°. Autorizar la suscripción de un convenio de cooperación institucional con la Municipalidad de la Banda del Río Salí para la implementación del Plan Argentino Integrado de Servicios de Salud (PAISS) conocido como programa SUMAR, conforme al modelo adjunto en autos, el que como Anexo forma parte integrante del presente acto resolutivo.

2°. Registrar, comunicar, notificar y archivar.



-2-

RESOLUCIÓN N° 59/SPS.  
EXPEDIENTE N° 1515/618-S-2024.

**ANEXO**

**CONVENIO PARA LA IMPLEMENTACION Y DESARROLLO DEL PLAN  
ARGENTINO INTEGRADO DE SERVICIOS DE SALUD (PAISS)  
“PROGRAMA SUMAR+” ENTRE EL SI.PRO.SA Y LA MUNICIPALIDAD  
DE LA BANDA DEL RIO SALI**

En la ciudad de San Miguel de Tucumán, a los .....días del mes de .....  
de 2025, entre el Sistema Provincial de Salud (SI.PRO.SA.) con domicilio en calle  
Virgen de la Merced 196 de la ciudad de San Miguel de Tucumán, representado en  
este acto por el Dr. Luis Antonio Medina Ruiz, DNI N° 14.084.566, en su carácter  
de Presidente, por una parte y la Municipalidad de la Banda del Río Salí, representado  
en este acto por el Sr. Gonzalo Darío Monteros, D.N.I....., en su carácter de  
Intendente del municipio, conforme Resolución N° ..... de fecha  
....., del Honorable Consejo Deliberante de dicho municipio, con domicilio  
en Av. San Martín 378, Banda del Río Salí, Tucumán, por la otra, acuerdan celebrar  
el presente convenio para la implementación y desarrollo del PLAN ARGENTINO  
INTEGRADO DE SERVICIOS DE SALUD (PAISS) en adelante “PROGRAMA  
SUMAR+” sujeto a las siguientes cláusulas:

**DEFINICIONES**

**PRIMERA:** A los fines del presente compromiso se establecen las siguientes  
definiciones:

<b>Glosario</b>	
<b>Concepto</b>	<b>Definiciones</b>
<b>BID</b>	Banco Interamericano de Desarrollo.
<b>BIRF</b>	Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento.
<b>CCU</b>	Cáncer Cervicouterino.
<b>CCD</b>	Centro Coordinador de Derivaciones.
<b>CEB</b>	Cobertura Efectiva Básica.
<b>CPE</b>	Cobertura Publica Exclusiva.

<b>Cuenta “Primaria”</b>	Cuenta definida por la jurisdicción, en el marco del Programa SUMAR <sup>+</sup> para recibir las transferencias del MSAL, cofinanciar y realizar los pagos de prestaciones facturadas a los establecimientos de salud.
<b>Cuenta “Secundaria”</b>	Cuenta definida por la jurisdicción, en el marco del Programa SUMAR <sup>+</sup> , para recibir fondos desde la cuenta primaria, para el pago por adquisiciones y/o contrataciones de bienes y/o servicios con el fin de contribuir a la organización de los servicios de salud.
<b>Compromiso de Gestión</b>	Contrato o acuerdo firmado entre el MSJ y efectores jurisdiccionales de servicios de salud autorizados 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 de los equipos de supervisión y monitoreo del Programa del UCP y de las UGP.
<b>Convenio Marco</b>	Convenio firmado entre la Nación y una jurisdicción por el cual ésta se adhiere PAISS, FONES y al Programa. Este convenio establece los derechos y obligaciones de cada una de las partes.
<b>CUIE</b>	Código Único de Identificación de Efectores.
<b>DM2</b>	Diabetes Mellitus tipo 2.
<b>DNFSP</b>	Dirección Nacional de Fortalecimiento de los Sistemas Provinciales.
<b>DGA</b>	Dirección General de Administración.
<b>DGPFE</b>	Dirección General de Proyectos con Financiamiento Externo.
<b>DRISS</b>	Dirección de Redes Integradas de Servicios de Salud.
<b>DTFP</b>	Dirección de Transferencias Financieras a Provincias.
<b>ENFR</b>	Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.
<b>ENT</b>	Enfermedades No Transmisibles.
<b>Efector</b>	Establecimiento de salud perteneciente a una Jurisdicción Participante.
<b>FONES</b>	Fondo Nacional de Equidad en Salud.

<b>HSI</b>	Historia de Salud Integrada.
<b>HTA</b>	Hipertensión Arterial.
<b>Jurisdicción Participante</b>	Jurisdicción que ha firmado el Convenio Marco de Adhesión al PAISS, y FONES y que este se mantiene vigente.
<b>Jurisdicciones</b>	Todas las provincias del país y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
<b>MCR</b>	Mecanismo de Coordinación en las redes de Salud.
<b>MSAL</b>	Ministerio de Salud de la Nación.
<b>MSJ</b>	Ministerio de Salud de la Jurisdicción u organismo equivalente.
<b>MyROE</b>	Manual y Reglamento Operativo Especifico.
<b>Nación</b>	Estado Nacional Argentino.
<b>PAISS</b>	Plan Argentino Integrado de Servicios de Salud.
<b>Persona beneficiaria</b>	Se define como Beneficiario/a toda persona que, reuniendo los requisitos de elegibilidad, se encuentra inscripto el padrón del Programa.
<b>PSS</b>	Conjunto de prestaciones módulos y prestaciones del Plan de Servicios de Salud priorizados por el Programa SUMAR.
<b>PSS-AC</b>	Conjunto de prestaciones módulos y prestaciones del Plan de Servicios de Salud, baja incidencia y alto precio priorizados por el FONES.
<b>PNA</b>	Primer Nivel de Atención.
<b>POA</b>	Plan Operativo Anual.

<b>Población Elegible</b>	La población definida en el artículo 5 inciso c) de la Ley 23.661.
<b>PMI</b>	Planes Maestros de Inversión.
<b>Programa</b>	Programa SUMAR+
<b>PUCO</b>	Padrón Único Consolidado Operativo conformado sobre la base de los padrones oficiales de cobertura explícita de salud disponibles.
<b>RENAC</b>	Red Nacional de Anomalías Congénitas.
<b>SD</b>	Salud Digital.
<b>SM</b>	Salud Mental.
<b>SIISA</b>	Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino.
<b>SINTyS</b>	Sistema de Identificación Nacional Tributario y Social.
<b>SSS</b>	Superintendencia de Servicios de Salud.
<b>SGA</b>	Secretaría de Gestión Administrativa.
<b>UCP</b>	Unidad Coordinadora del Programa.
<b>UGP</b>	Unidad de Gestión del Programa.
<b>UPC</b>	Unidad de Pago per Cápita.

### **OBJETO**

**SEGUNDA:** El presente convenio tiene por objeto la implementación y desarrollo en la Provincia del PROGRAMA SUMAR+ que debe brindar a los beneficiarios elegibles inscriptos, como mínimo, la cobertura asistencial que por el presente se pacta, con el fin de aumentar su cobertura formal mediante el presente mecanismo de gestión, financiamiento y asignación de recursos en salud sobre resultados. El

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

La Municipalidad acepta expresamente la aplicación del presente convenio para la implementación del PROGRAMA SUMAR+, el que declara conocer en todos sus términos.

### **AMBITO DE APLICACIÓN**

**TERCERA:** PROGRAMA SUMAR+ será de aplicación en todo el territorio de la Provincia.

### **PLAN DE SERVICIOS DE SALUD**

**CUARTA:** Las prestaciones a brindarse son las previstas en el PSS (PLAN DE SERVICIOS DE SALUD) que se incorpora como Anexo I y que, a partir de la entrada en vigencia del presente convenio, las partes acuerdan la implementación del mismo. El presente nomenclador podrá ser modificado por la UGP, por razón de oportunidad, mérito y conveniencia, cada vez que fuere necesario, circunstancia que será debidamente notificada a la Municipalidad.

### **COMPROMISOS DE GESTION CON EFECTORES**

**QUINTA:** La Municipalidad se compromete por intermedio del presente convenio, a destinar todos los esfuerzos y mecanismos necesarios para resolver aspectos administrativos y prestacionales para que, a través de sus centros de salud, se efectivice y cumplan los objetivos del Programa. La Municipalidad reconoce que las prestaciones que actualmente brinda a los grupos elegibles del Programa, tendrán financiamiento parcial por parte del Programa a partir de la suscripción del presente Convenio, y para que dicho financiamiento sea efectivo deberán cumplimentarse requerimientos técnicos.

Estos últimos incluyen la suscripción y ejecución de compromisos de gestión por parte de sus centros de salud, facultándolos para ello en este acto. De igual manera el Sr. Presidente del SI.PRO.SA. faculta a la Unidad de Gestión Provincial, (UGP), a suscribir compromiso de gestión con efectores de salud de la Municipalidad.

### **OBLIGACIONES DEL EFECTOR**

**SEXTA:** La Municipalidad se compromete a implementar los mecanismos necesarios para que sus centros de salud cumplan con las obligaciones que a continuación se

detallan:

- i) Las prestaciones médico – asistenciales son absolutamente gratuitas para los beneficiarios del Programa, quedando absolutamente prohibido al efector solicitar cobro de plus y/o coseguros y/o cualquier forma de contraprestación por los servicios brindados. En tal sentido, el efector deberá colocar en lugar visible al público un cartel o leyenda que informe la gratuidad de las prestaciones a su cargo.
- ii) El efector se compromete a cumplir los horarios de atención dispuestos por la Municipalidad.
- iii) El efector no podrá rechazar, por ninguna cuestión y bajo ninguna circunstancia, a beneficiario alguno, debiendo actuar, en el caso de no poder brindar alguna de las prestaciones enumeradas en el PSS, como establecimiento derivador hacia el establecimiento receptor según lo indiquen las normas de derivación aplicables. Para el supuesto de inexistencia de dichas normas, la derivación se realizará hacia el establecimiento receptor que el médico responsable del beneficiario considere más adecuado.
- iv) Respetar todas las medidas sanitarias que se implementen y que tengan por objeto incrementar la utilización y calidad de los servicios de salud priorizados para la población sin cobertura explícita de salud.
- v) Comprometerse en alcanzar las metas sanitarias acordadas con la UGP en el compromiso de gestión.
- vi) Mantener por cada beneficiario al que le preste un servicio, una historia clínica actualizada siguiendo las normas vigentes emitidas por el MSAL
- vii) Utilizar formularios aprobados por la UGP para los casos de interconsultas, de derivaciones, Historia clínica; como también aquellos de índole administrativa que se estimen pertinentes.
- viii) Remitir a la UGP los informes que disponga el Programa.
- ix) El efector se comprometen a actuar como agente de inscripción de la población elegible del Programa y cumplir con el plan de captación activa y pasiva de la población elegible diseñado por la UGP.
- x) Cumplir con las directivas de las campañas de publicidad y comunicación del Programa orientado a la población elegible y con especificidad a las poblaciones indígenas.
- xi) Aplicar los mecanismos de participación de la población creados por la UGP, a través de los cuales se efectuará una evaluación del Programa, como así también el nivel de satisfacción alcanzado por los beneficiarios elegibles inscriptos.

## **TRANSFERENCIAS**

**SEPTIMA:** El efector deberá cubrir los servicios y prácticas detallados en el Anexo I (PSS), y que son los únicos conceptos por los cuales la UGP pagará al mismo. Asimismo, se acuerda que en ningún caso se incluye, ni incluirá pago por salarios, suministro o cualquier otro factor de producción. Las prestaciones del PSS serán identificadas para el efector en los Compromisos de Gestión, según las prácticas que el mismo esté capacitado para realizar.

## **DETERMINACIÓN DE LA TRANSFERENCIA**

**OCTAVA:** La UGP girará al efector mensualmente el 100% de los montos que le corresponde por las prestaciones efectivamente realizadas y liquidadas por el mismo, hasta obtener una línea de base para los indicadores del Programa. A partir de ese momento la UGP, girará al efector mensualmente el 60% del importe correspondiente y girará cuatrimestralmente un pago complementario que será equivalente al 40% de la sumatoria de las transferencias mensuales base de los cuatro últimos meses multiplicado por un coeficiente que refleja el cumplimiento de las metas acordadas en los Compromisos de Gestión.

## **NORMATIVA**

**NOVENA:** La Municipalidad se compromete a hacer cumplir con las normas vigentes de categorización habilitantes para sus centros de salud.

## **GARANTIA DE INDEMNIDAD**

**DECIMA:** La Municipalidad asume la total responsabilidad por sus prestaciones tanto desde el punto de vista legal como profesional como así también asume la responsabilidad 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, tanto desde el punto de vista legal como profesional. La Municipalidad se obliga a mantener indemne a la UGP por cualquier suma que este 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 acuerdo.

## **AUDITORIA Y FISCALIZACION**

**UNDECIMA:** La UGP se reserva el derecho de auditar en terreno, controlar y supervisar todas las obligaciones asumidas por la Municipalidad y por su efector integrante de la red prestacional de la misma en virtud del presente acuerdo, quedando incluida la facultad de verificar la calidad y razonabilidad de los servicios contratados. En tal sentido, es obligación de la Municipalidad implementar las medidas que aseguren el libre acceso de los profesionales de la UCP, de la UGP, o de cualquier otro profesional que éstos designen. En el caso de que la Municipalidad o su efector, no facilitara o no permitiera de cualquier manera la realización de la auditoria prevista en la presente cláusula, o no brindare la información o documentación que se le solicite, como así también el reiterado incumplimiento en las prácticas a brindar, o por deficiencias en la prestación, entre otras, la UGP, quedará autorizada a rescindir el compromiso de gestión por justa causa, notificando fehacientemente el incumplimiento con una antelación de 15 (quince ) días hábiles administrativos, sin derecho a indemnizar.

## **REGIMEN FINANCIERO**

**DUODECIMA:** La Municipalidad acepta el sistema de pago y facturación implementado por la UGP, de acuerdo al PSS diseñado para tal fin. Las partes acuerdan que el circuito de pago se realizará según lo establecido en el Anexo II. El presente circuito de pago podrá ser modificado por la UGP, en cualquier momento, por razones de mérito, oportunidad y conveniencia, en cuyo caso será notificado por escrito a la Municipalidad con 30 (treinta) días hábiles de antelación.

## **DESTINO DE LOS PAGOS**

**DECIMA TERCERA:** Los fondos recibidos por el efector deberán ser utilizados en equipamiento, mejoras edilicias, insumos, recursos humanos, transporte, incentivos u otros fines, con el objeto de fortalecer la red sanitaria, y alcanzar los principales objetivos del Programa respetando en todo caso, las categorías de inversión descritas en el compromiso de gestión y las normas administrativas vigentes de la Municipalidad.

**DECIMA CUARTA:** Todas las obligaciones derivadas de las legislaciones impositivas, previsionales y demás aplicables al presente acuerdo, correrán por cuenta exclusiva de la Municipalidad, quien estará obligado a realizar las inscripciones correspondientes y/o aportes que en cada caso se requiera. En consecuencia, la UGSP queda exenta de dichas obligaciones.

### **REPORTES DE GASTOS**

**DECIMA QUINTA:** El efector a través de la Municipalidad deberá mantener un sistema de información respecto de la aplicación de los fondos recibidos en concepto de pagos. La información sobre los gastos deberá rendirse de acuerdo al modelo que se encuentra en el Anexo III. La documentación respaldatoria deberá archivarla según las normativas de la Municipalidad y permanecer a disposición de las auditorías en caso de ser requeridos.

### **INDICADORES**

**DECIMA SEXTA:** La UGP fijará, de común acuerdo con el efector, indicadores que serán utilizados para reflejar y controlar el cumplimiento de los objetivos establecidos en el compromiso de gestión.

### **PRESUPUESTO MUNICIPAL EN SALUD**

**DECIMA SÉPTIMA:** La Municipalidad se compromete a no disminuir el presupuesto anual asignado para el área salud, ya que el PROGRAMA SUMAR+ es una ayuda económica complementaria del sistema. Así mismo se compromete a gestionar los recursos necesarios para mantener el PROGRAMA SUMAR+ en el ámbito de su jurisdicción. Los saldos acreedores al cierre del ejercicio correspondiente a los fondos transferidos por el PROGRAMA SUMAR+ se transferirán al siguiente ejercicio para su ejecución. Cabe agregar que la Municipalidad no podrá utilizar los fondos para objetivos diferentes a los planteados en el presente convenio ni en el compromiso de gestión.

### **DEBITOS Y SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO**

**DECIMA OCTAVA:** Oportunamente la UGP establecerá de común acuerdo con la Municipalidad, un mecanismo de débitos y sanciones ante cualquier incumplimiento formal por parte del efector. Dicho mecanismo será notificado a través de un anexo y formará parte integrante del presente convenio.

### **VIGENCIA**

**DECIMA NOVENA:** El presente Convenio se encontrará vigente a partir del día hábil administrativo siguiente a su celebración y hasta la finalización del Programa, Sin perjuicio de ello el SIPROSA podrá renunciar al presente acuerdo sin expresión de causa, previo aviso a la Municipalidad, notificando por escrito y en forma fehaciente, con antelación de 15 (quince) días hábiles administrativos sin derecho a indemnización alguna.

Dado el carácter público de ambas partes las mismas manifiestan encontrarse exentas del pago del sellado de ley.

### **DOMICILIO CONSTITUIDO**

**DUODECIMA:** Las partes constituyen los siguientes domicilios a los efectos de este acuerdo: Sistema Provincial de Salud (SI.PRO.SA.) domicilio en calle Virgen de la Merced 196 de la ciudad de San Miguel de Tucumán, y la Municipalidad de la Banda del Río Salí, en Av. San Martín 378, T4109DYF Banda del Río Salí, Tucumán

### **RESCISION**

**DUODÉCIMA PRIMERA:** La UGP queda facultada para rescindir el presente Convenio en cualquier momento debiendo comunicar fehacientemente a la Municipalidad su decisión con una antelación de 15 (quince) días hábiles administrativos.

**DUODECIMA SEGUNDA:** La Municipalidad queda facultada para rescindir el presente Convenio en cualquier momento debiendo comunicar fehacientemente a la UGSP su decisión con una antelación de 15 (quince) días hábiles administrativos.

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

Firma 1

Firma 2

**EL PRESENTE CONVENIO CONTIENE 2 ANEXOS: I. PSS VIGENTE, II MODELO COMPROMISO DE GESTION.**

**Compromiso de Gestión**

**“PLAN ARGENTINO INTEGRADO DE SERVICIOS DE SALUD”  
(PAISS)  
PROGRAMA SUMAR<sup>+</sup>**

**Unidad de Gestión del Programa (UGP) Provincia de Tucumán**

-

**Efactor**

.....

## **Compromiso de Gestión entre UGP y los Establecimientos de Salud (Anexo VII del ROE SUMAR<sup>+</sup> )**

---

### **ANTECEDENTES**

Tomando en consideración:

Que mediante la Resolución N° 2653/2023 del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) se creó el “PLAN ARGENTINO INTEGRADO DE SERVICIOS DE SALUD” (en adelante PAISS), con el fin de contribuir al desarrollo de un modelo de salud integrado, equitativo y sustentable, que garantice el acceso efectivo de la población a la atención de salud integral y de calidad.

Que por dicha Resolución se estableció que el FONDO NACIONAL DE EQUIDAD EN SALUD (FONES), creado por la Resolución N° 518/2019 del Ministerio de Salud de la Nación, prestará asistencia financiera destinadas a cubrir las brechas de cobertura, acceso y calidad existentes en las jurisdicciones participantes respecto de las prestaciones específicas de alta complejidad, baja incidencia y alto precio correspondientes a líneas de cuidado de salud definidas en el Plan de Servicios de Salud de alta Complejidad (PSS-AC), en el marco del PAISS.

Que por el artículo 9° de la Resolución N° 2653/2023 del MSAL se creó el “PROGRAMA SUMAR<sup>+</sup>”, con el propósito de brindar asistencia financiera directa a las Provincias participantes y la CABA a través de transferencias capitadas definidas bajo un modelo de financiamiento basado en resultados y equidad, vinculadas al desempeño en inscripción y cobertura efectiva de la población objetivo, a la mejora de los procesos priorizados para el fortalecimiento y organización de los servicios de salud y al cumplimiento de metas sanitarias.

Que el PROGRAMA SUMAR<sup>+</sup> tiene por objetivo general contribuir con la ejecución del PAISS, mejorando el acceso efectivo y equitativo a un conjunto de servicios de salud definidos en el Plan de Servicios de Salud (PSS), para la población con cobertura pública exclusiva a través de un uso eficiente de los recursos financieros transferidos desde la Nación hacia las Jurisdicciones.

Que el Ministerio de Salud de la Provincia de Tucumán ha suscrito con el Ministerio de Salud de la Nación el Convenio de Adhesión al Plan Argentino Integrado de Servicios de Salud y al Fondo Nacional de Equidad en Salud, comprometiéndose a implementar el FONES y el Programa SUMAR<sup>+</sup>, en el marco del PAISS, conforme los lineamientos, normas y procedimientos previstos en sus respectivos Manuales y Reglamentos Operativos Específicos (MYROE).

Que el Ministerio de Salud de la Provincia de Tucumán llevará a cabo la implementación del FONES y el PROGRAMA SUMAR<sup>+</sup>, a través de la Unidad de Gestión del Programa (UGP), a la cual se le otorgó facultades para conducir las gestiones necesarias ante la Unidad Coordinadora del Programa (UCP) que funcionará en la órbita de la Dirección Nacional de Fortalecimiento de los Sistemas Provinciales (DNFSP) del MSAL, y realizar todo acto necesario para el cumplimiento de los objetivos del FONES y el PROGRAMA SUMAR<sup>+</sup>.

Que entre los deberes y facultades otorgados a la UGP se encuentra la de suscribir con los

efectores de su jurisdicción compromisos de gestión para garantizar a las personas beneficiarias de las prestaciones y los módulos prestacionales incluidos en los Planes de Servicios de Salud priorizados por el PROGRAMA SUMAR+ y el FONES, que brinden los mismos de acuerdo a las condiciones técnicas vigentes.

En virtud de todo lo expuesto el Ministerio de Salud de la Provincia de Tucumán, por intermedio de la UGP, por una parte, representado por .....  
.....  
.....; y por el otro el efector .....  
....., representado por .....  
....., (en adelante el EFECTOR), código CUIE .....  
....., celebran el siguiente compromiso de gestión:

#### **ARTÍCULO PRIMERO – OBJETO:**

El presente Compromiso de Gestión tiene por objeto garantizar el acceso efectivo y equitativo a las personas con cobertura pública exclusiva al conjunto de módulos y prestaciones priorizados en los Planes de Servicios de Salud del: a) PROGRAMA SUMAR+ y b) FONDO NACIONAL DE EQUIDAD EN SALUD (FONES).

##### **a) PROGRAMA SUMAR+ - Plan de Servicios de Salud (PSS).**

Las prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PSS), el que será debidamente notificado por la UGP al EFECTOR, los cuales serán brindados a la población elegible y pagados por la Jurisdicción participante por intermedio de la UGP con fondos de la Cuenta primaria, conforme lo establecido en el MYROE del PROGRAMA SUMAR+.

##### **b) FONES - Plan de Servicios de Salud de Alta Complejidad (PSS-AC).**

Por su parte, las prestaciones del Plan de Servicios de Salud de Alta Complejidad, baja incidencia y alto precio (PSS-AC) el que será debidamente notificado por la UGP al EFECTOR, los cuales serán brindados a la población elegible, y financiados por el MSAL, por cuenta y orden de la Jurisdicción participante, con recursos del Fondo Nacional de Equidad en Salud, conforme a lo previsto en el respectivo MYROE del FONES.

Tanto el listado de módulos y prestaciones que puedan ser brindadas, como su valorización, deberán ser fehacientemente comunicados, en caso de que se realicen ajustes y/o modificaciones autorizadas conjuntamente por el UCP.

#### **ARTÍCULO SEGUNDO – NORMAS GENERALES:**

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

La UGP se reserva el derecho de introducir modificaciones al compromiso, siempre que éstas no representen cambios sustanciales a los términos del presente documento; las que entraran en vigencia al ser comunicadas fehacientemente al EFECTOR.

Las previsiones contenidas en el presente Compromiso tendrán vigencia y serán válidas únicamente cuando el EFECTOR suscribiente posea capacidad y se encuentre autorizado

para proveer los servicios de salud priorizados por el Programa SUMAR+ y el FONES, conforme a los lineamientos y normas previstas en los Manuales y Reglamentos Operativos Específicos.

#### **ARTÍCULO TERCERO – POBLACIÓN OBJETIVO:**

La población elegible del Programa SUMAR+ y del FONES es la se encuentra definida en el artículo 5 inciso c) de la ley 23.661.

#### **ARTÍCULO CUARTO - OBLIGACIONES DEL EFECTOR:**

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

##### **a) Atención de las personas beneficiarias.**

(i) El conjunto de los Servicios de Salud priorizados por el Programa SUMAR+ y el FONES son absolutamente gratuitos para las personas con cobertura pública exclusiva quedando expresamente prohibido al EFECTOR solicitar por sí, o por terceros, el cobro de plus y/o coseguros y/o cualquier forma de contraprestación y/o suma alguna por los servicios brindados.

(ii) Deberá colocar en un lugar visible al público un cartel o leyenda que informe la gratuidad de las prestaciones a su cargo para las personas beneficiarias.

(iii) No podrá rechazar, por ninguna cuestión y bajo ninguna circunstancia, a ninguna persona con cobertura pública exclusiva, debiendo actuar en el caso de no poder brindar alguna de las prestaciones del PSS y/o PSS-AC como establecimiento derivador hacia el establecimiento receptor según lo indiquen las normas de derivación aplicables. Para el supuesto de inexistencia de dichas normas, la derivación se realizará hacia el establecimiento receptor que el equipo de salud responsable de la persona beneficiaria considere más adecuado.

(iv) El EFECTOR deberá identificar e inscribir a dicha población mediante el mecanismo definido por el Programa SUMAR+.

##### **PROGRAMA SUMAR+.**

(v) Plan de Servicios de Salud (PSS). Brindar a las personas con cobertura pública exclusiva las prestaciones del PSS priorizadas por el Programa SUMAR+ de acuerdo a las condiciones técnicas y de calidad establecidas en el MYROE del Programa.

##### **FONES. Plan de Servicios de Salud de Alta Complejidad (PSS-AC)**

(vi) Brindar a las personas con cobertura pública exclusiva las prestaciones del PSS-AC priorizadas por el FONES de acuerdo a las condiciones técnicas y de calidad estipulados en

su correspondiente MYROE.

(vii) En el marco del FONES, y con el propósito de lograr brindar las prestaciones de Alta Complejidad de manera efectiva, el EFECTOR se compromete a brindar atención a las personas con cobertura pública exclusiva, financiados por el MSAL, por cuenta y orden de la Jurisdicción participante.

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

(ix) Facturación y pago de prácticas complementarias a módulos quirúrgicos de Cardiopatías Congénitas: Si el mejor tratamiento del paciente obliga a brindar alguna de las prácticas complementarias a módulos quirúrgicos de Cardiopatías Congénitas, establecidas en el PSS-AC, el EFECTOR deberá notificar al CCD, el que evaluará el caso a través de su equipo de profesionales auditores. La opinión del auditor será vinculante. No existiendo opinión favorable, el EFECTOR no podrá facturar dicha prestación.

#### **b) Cumplimiento de Metas Sanitarias.**

En el marco de la ejecución del Programa SUMAR<sup>+</sup>, la Jurisdicción deberá alcanzar el cumplimiento de un conjunto de indicadores sanitarios, definidos en el Anexo IV “Manual de Indicadores Sanitarios” del MYROE del Programa. Para su evaluación por parte del MSAL, la Jurisdicción deberá informar periódicamente a la UCP, el desempeño alcanzado en cada uno de los indicadores, acompañando la documentación de respaldo estipulada en el MYROE del Programa.

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

#### **c) Cumplimiento de Procesos Priorizados.**

En el marco de la ejecución del Programa SUMAR<sup>+</sup>, la Jurisdicción deberá dar cumplimiento a hitos vinculados a procesos priorizados que, se encuentran definidos en el anexo V “Manual de Procesos Priorizados” del MYROE del Programa, los cuales contribuyen a la organización de los servicios de salud.

Para su evaluación por parte del MSAL, la Jurisdicción deberá rendir a la UCP, el cumplimiento, acompañando la documentación de respaldo en conformidad con lo estipulado en el MYROE del Programa.

Con el propósito de contribuir con la Jurisdicción en el cumplimiento de los hitos vinculados a los procesos priorizados, el EFECTOR se compromete a implementar los procesos que le serán comunicados por la UGP, suministrando toda la información operativa y técnica requerida para evaluar el cumplimiento de los mismos.

**d) Facturación de Prestaciones.**

**i) PROGRAMA SUMAR+ - Plan de Servicios de Salud.**

El pago por las prestaciones incluidas en el PSS, sólo podrán realizarse contra la factura emitida por el EFECTOR habilitado por la autoridad competente, con número de CUIE, Código SIISA (Sistema Integrado de Información Sanitario Argentino) y que posea archivo de Historia Clínica.

El establecimiento de Salud que emite la factura asume la responsabilidad de los servicios prestados.

Para ello, el EFECTOR deberá enviar la factura a la UGP dentro de los diez (10) primeros días, a través del sistema de facturación provisto por la Jurisdicción. Las facturas presentadas con posterioridad al plazo establecido serán consideradas por la UGP, solo a efectos de contabilizar el plazo de pago, como recibidas el día 10 del mes siguiente.

Las prestaciones facturadas por el EFECTOR, deberán haber sido brindadas dentro de los ciento veinte (120) días anteriores a la fecha de recepción de la factura por parte de la UGP, considerando para el inicio del cómputo del plazo, el último día del mes de: la prestación, el alta (en el caso de módulos de internación) o el fallecimiento.

La factura deberá contener como mínimo la siguiente información: denominación y CUIE del EFECTOR, código SIISA, número de factura, fecha de emisión, código de la prestación del PSS, cantidad de prestaciones brindadas por código, valor unitario de la prestación facturada (conforme a los valores acordados entre la UCP y la UGP en el marco de la planificación anual), valor total por prestación facturada y el total facturado. Asimismo, deberá adjuntarse:

(i) Detalle con fecha en que cada prestación fue brindada e identificación de la persona beneficiaria a la que se le brindó la prestación. Teniendo presente que el PSS incluye prestaciones que pueden facturarse por beneficiario o por actividad grupal, según decisión de la jurisdicción (Talleres destinados a la población, Rondas sanitarias), el requisito será necesario para el primer caso únicamente. Por otra parte, la identificación de la persona no corresponde en las prestaciones que sólo pueden reportarse de manera grupal (Actividades de vigilancia entomológica -Dengue-, Notificación mensual de RN con anomalía congénita a la "Red Nacional de Anomalías Congénitas" -RENAC-, Informe sanitario de población a cargo y Talleres para equipos de salud). En estos casos la jurisdicción debe completar el SIRGe de la siguiente manera: Campo Tipo Documento: "COM" / Clase de Documento: C

(ii) Detalle de los datos reportables, correspondiente a las prestaciones que así lo requieran.

(iii) Reporte establecido por el Programa, que da cuenta de la calidad de la atención brindada.

Asimismo, será condición indispensable para el pago de la prestación, que el EFECTOR posea registro de la prestación en las fuentes formales de registro habilitadas por el MSAL, y detalladas en la Guía para una atención de calidad del Programa SUMAR+.

**ii) FONES - Plan de Servicios de Salud de Alta Complejidad.**

El pago por cuenta y orden de la Jurisdicción, de las prestaciones y módulos incluidos en el PSS-AC, brindadas a las personas beneficiarias, sólo podrá realizarse contra la factura emitida por el EFECTOR, habilitado por la autoridad competente, con número de CUIE, Código SIISA (Sistema Integrado de Información Sanitario Argentino), que posea archivo de Historia Clínica y que cumpla con las condiciones técnicas vigentes, protocolos y requisitos establecidos en el ROE del FONES.

El establecimiento de Salud que emite la factura asume la responsabilidad de los servicios prestados.

Para ello, el EFECTOR deberá enviar la siguiente documentación a la UGP dentro de los diez (10) primeros días, a través del sistema de facturación provisto por Nación o a través del sistema de facturación Jurisdiccional (“reembolso”). Las facturas presentadas con posterioridad al plazo establecido serán consideradas por la UGP, solo a efectos de contabilizar el plazo de pago, como recibidas el día 10 del mes siguiente.

Las prestaciones liquidadas por el EFECTOR, deberán haber sido brindadas dentro de los ciento veinte (120) días anteriores a la fecha recepción de la factura por parte de la UGP, considerando para el inicio del cómputo del plazo, brindadas el último día del mes de: la prestación, el alta (en caso de módulos de internación), o fallecimiento.

La factura deberá contener como mínimo la siguiente información: denominación y CUIE del EFECTOR, código SIISA, número de factura, fecha de emisión, código de la prestación del PSS-AC facturada, cantidad de prestaciones facturadas por código, valor unitario de la prestación facturada, valor total por prestación facturada y, total facturado. Asimismo, deberá adjuntarse:

- I. Detalle con fecha en que cada prestación fue brindada e identificación de la persona beneficiaria a la que se le brindó la prestación.
- II. Detalle de los datos reportables, correspondientes a las prestaciones que así lo requieran.
- III. Constancia de Administración generada, a través del SIISA, de los módulos y/o prestaciones de cardiopatías congénitas e infarto agudo de miocardio facturadas, que da cuenta del reporte de información sanitaria relevante.
- IV. En caso que el EFECTOR facture el módulo de prestaciones complementarias a la Cirugía de Cardiopatía, deberá acompañar constancia de autorización conferida por el Centro Coordinador de Derivaciones (CCD) para facturar dicha prestación y documentación válida que respalde el valor de compra.
- V. Reporte establecido por el Programa, que da cuenta de la calidad de la atención brindada.

Asimismo, será condición indispensable para el pago de la prestación, que el EFECTOR posea registro de la prestación en la historia clínica u otras fuentes válidas complementarias de la Historia Clínica de Salud Integrada (HSI) o interoperable con la Nación.

## **e) Reportes**

- i) Remitir a la UCP y/o a la UGP los informes y reportes que se dispongan durante la ejecución del presente convenio.
- ii) Los Efectores que brinden los servicios de salud de Alta Complejidad para la atención de cardiopatías congénitas, deberán reportar a través del SIISA:
- iii) El 100% de los casos de pacientes con cardiopatías congénitas más allá de la gravedad del caso e independientemente de si el paciente posee o no cobertura explícita pública de salud (denuncia). Este reporte no deberá efectuarse si el paciente ha sido denunciado previamente por otro establecimiento de salud.
- iv) Seguimientos y estudios pre-quirúrgicos.
- v) Parte quirúrgico del paciente intervenido.
- vi) Seguimientos y estudios post-quirúrgicos.
- vii) Epicrisis e indicaciones al alta del paciente.
- viii) Control post-alta (al mes del alta), en caso de corresponder.

**f) Supervisión, evaluación y auditoría.**

- i) Garantizar el libre acceso y provisión de la documentación requerida a los profesionales y auditores de la UCP, la UGP y/o de las Auditorías designadas, el Centro Coordinador de Cardiopatías Congénitas (en los casos de módulos del PSS-AC), y/o de cualquier otro profesional que éstos designen, a fin de supervisar y auditar el funcionamiento y normativa vigente de los Programas SUMAR+ y FONES; y el cumplimiento del presente Compromiso de Gestión.
- ii) Facilitar la implementación de la estrategia de investigación y evaluación desarrollada en el marco del Programa, en los casos que la Jurisdicción Participante se encuentre en el alcance previsto por el MSAL.
- iii) Facilitar la incorporación de la red de control público a los efectos de cumplir con los objetivos del presente.

**g) Recupero de costos de la Seguridad Social y Sector privado.**

- i) Remitir periódicamente a la UGP la información correspondiente al pago de las prestaciones brindadas por el EFECTOR a las personas beneficiarias de las Obras Sociales y Seguros de Salud privados. La frecuencia y los datos requeridos serán comunicados previamente por la UGP.
- ii) Colaborar con la UGP para desarrollar el análisis de los problemas claves y obstáculos de implementación con el actual sistema de recupero de costos como así también realizar actividades tendientes a capacitar al personal administrativo y fortalecer los sistemas informáticos.

**h) Comunicación y participación ciudadana.**

- i) Cumplir con las directivas de comunicación institucional del Programa SUMAR+ y del FONES, orientado a la población elegible y con especificidad a las poblaciones originarias.
- j) Implementar los mecanismos de participación de la población, definidos por el Programa SUMAR+ y del FONES, a través de los cuales pueda efectuarse una evaluación de la eficacia y eficiencia de la implementación de los Programas, como así también el nivel de satisfacción alcanzado por las personas beneficiarias de los mismos.

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

**i) Uso de Fondos.**

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

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

iii) El EFECTOR remitirá mensualmente a la UGP un informe detallado de la aplicación (uso) de fondos, el que deberá generarse mediante el sistema informático que la UGP defina.

**l) Confidencialidad – Protección de Datos Personales.**

El EFECTOR se obliga a mantener la confidencialidad de la información a la que acceda en el marco del presente compromiso de gestión, no pudiendo entregar información bajo ningún concepto a persona alguna, sin la previa conformidad por escrito por parte de la UGP.

El incumplimiento del EFECTOR de la normativa de protección de los datos personales en los términos de la ley 25.326 dará lugar a las acciones, civiles o penales pertinentes, sin perjuicio de la aplicación de las penalidades administrativas.

**ARTÍCULO QUINTO - OBLIGACIONES DE LA UGP:**

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

**a) PROGRAMA SUMAR+ - Pago por Prestaciones del Plan de Servicios de Salud.**

Dentro de los cincuenta (50) días corridos de recibida la factura por parte del EFECTOR por las prestaciones y módulos prestacionales brindados del PSS, la UGP deberá verificar que: i) la factura cumpla con los atributos obligatorios previstos por el MYROE del Programa, ii) los conceptos liquidados correspondan a las prestaciones brindadas y que, iii) las mismas se encuentren incluidas en el PSS. Luego, en caso de corresponder, procederá a transferir desde la cuenta “primaria” de la UGP los montos correspondientes a las prestaciones facturadas.

A tales efectos, a continuación, se informa los datos de la cuenta receptora de los fondos por las prestaciones brindadas y facturadas<sup>1</sup>:

CBU N° .....

Cuenta N°.....

Entidad Bancaria.....

Titular .....

El proceso de pago se considera finalizado en la fecha en que se realiza la transferencia bancaria detallada previamente.

La UGP comunicará fehacientemente al EFECTOR y a quien corresponda, el monto aprobado por la factura presentada, y en el supuesto de haberse producidos ajustes, se detallarán los motivos de los mismos.

#### **b) FONES - Pago por Prestaciones del Plan de Servicios Alta Complejidad.**

Dentro de los treinta (30) días de recibida la factura y documentación por parte del EFECTOR por las prestaciones y módulos prestacionales brindados del PSS-AC, la UGP deberá: i) verificar que tanto la factura y documentación cumplan con los requisitos obligatorios previstos por el MYROE del FONES, y

ii) emitir la Solicitud de Pago, en caso de corresponder, la cual deberá ser comunicada a la UCP o en su defecto, comunicar al EFECTOR el rechazo de la factura.

El plazo para la emisión de la Solicitud de Pago concluye en la fecha que se efectúa la misma a través del sistema Nacional y cuando se utiliza el sistema de facturación jurisdiccional (“reembolso”), cuando se emite la solicitud de transferencia mensual.

En el caso de proceder la Solicitud de Pago y la facturación se emita mediante de los sistemas definidos por Nación, los recursos se depositarán en la cuenta corriente denunciada por el EFECTOR a través del formulario de alta suministrado por la Secretaría de Gestión Administrativa (SGA) del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL), o la que en el futuro la reemplace.

La SGA deberá comunicar fehacientemente la transferencia a la UCP, a la UGP, al EFECTOR y/o a quien corresponda.

---

En el supuesto de proceder la Solicitud de Pago y la facturación se emita mediante los sistemas Jurisdiccionales, la UGP realizará una solicitud de transferencia mensual en concepto de reembolso por el pago de prestaciones y/o módulos autorizados, facturados por el EFECTOR de la jurisdicción. La UCP recibirá las solicitudes, realizará el control de contingencias y remitirá el expediente de pago a la SGA, quien finalmente, efectivizará la transferencia a la UGP. Los recursos serán depositados en la cuenta “primaria” definida por la jurisdicción solicitante.

La SGA deberá comunicar fehacientemente la transferencia a la UCP y a la UGP que ha solicitado la misma.

La UGP, dispone de treinta (30) días desde la fecha de acreditación de los fondos en la cuenta primaria para efectivizar el pago al EFECTOR.

La UGP comunicará fehacientemente al EFECTOR y a quien corresponda, el monto aprobado por la factura presentada, y en el supuesto de haberse producido ajustes, se detallarán los motivos de los mismos.

Se informa que, en caso de que el establecimiento de salud brinde prestaciones y/o módulos de Alta Complejidad (FONES), los datos de la cuenta receptora de los fondos por las

prestaciones brindadas y facturadas, serán los detallados en el punto a) del artículo quinto.

#### **ARTÍCULO SÉXTO – Tercero Administrador de Fondos:**

En caso de corresponder, para aquellos establecimientos de salud que no puedan disponer libremente de sus fondos, ni puedan poseer cuentas bancarias a su nombre, a fin de recibir los recursos, podrán designar un Tercero Administrador de Fondos (TAF), quien además de suscribir el presente compromiso, deberá cumplir con las siguientes pautas:

- El TAF se compromete a poner en ejecución todas las acciones tendientes a prestar el servicio operativo y funcional de recepción, administración y uso de fondos provenientes de las transferencias que reciba el EFECTOR en el marco del Programa.
- El TAF se compromete a efectuar con dichos fondos las compras y contrataciones que el EFECTOR solicite.
- El TAF será el encargado de efectuar las compras y contrataciones de los bienes y/o servicios solicitados por el EFECTOR, debiendo iniciar el trámite de contratación dentro de los treinta (30) días de recibida la solicitud por parte del EFECTOR.
- El TAF deberá enviar a la UGP en forma mensual un informe detallado de las inversiones efectuadas por cuenta y orden del EFECTOR. En todos los expedientes de contratación que inicie el TAF, deberá encontrarse agregado copia de la solicitud y de los comprobantes que acreditan que el concepto solicitado por el EFECTOR ha sido adquirido.
- El TAF deberá enviar mensualmente al EFECTOR un reporte detallado de los movimientos de su cuenta, donde se identifiquen los ingresos y egresos que ha registrado la misma, los montos comprometidos y el saldo disponible de la cuenta.
- El TAF se obliga a garantizar el libre acceso y provisión de la documentación a los profesionales y auditores tanto de la UCP, UGP o de cualquier otro profesional que éstos designen.

Asimismo, se informa los datos de la cuenta del TAF, receptora de los fondos por las prestaciones brindadas y facturadas por los establecimientos de salud, como así también, donde recibir las comunicaciones y notificaciones vinculadas al Programa:

CBU N° .....

Cuenta N° .....

Entidad Bancaria.....

Titular .....

Correo Electrónico: .....

Dirección Postal .....

Las partes acuerdan que el TAF no percibirá contraprestación alguna, oficiando en este caso como colaborador del EFECTOR para la recepción, administración y uso de los fondos

correspondientes a este último.

#### **ARTÍCULO SÉPTIMO – AUDITORÍA:**

En el marco del Programa SUMAR+ y del FONES, la UCP, la UGP, la SGA y las auditorías designadas realizarán el correspondiente seguimiento, monitoreo y supervisión a efectos de verificar el cumplimiento de las normas vigentes de los Programas, y del presente Compromiso de Gestión, y en especial la que fuera necesaria para la medición de la evolución de los objetivos propuestos.

En el supuesto de detectar, a través de las auditorías designadas, errores u omisiones en cuanto a la información reportada por el EFECTOR, la UGP estará facultada a aplicar los ajustes establecidos, a tal efecto, en el presente compromiso.

#### **ARTÍCULO OCTAVO - ESQUEMA DE AJUSTES POR INCUMPLIMIENTO:**

##### **a) Incumplimientos.**

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

- i) No respetar el principio de gratuidad de las prestaciones y cuidados de salud priorizados en el PSS y el PSS-AC, mediante el cobro de plus y/o coseguro y/o cualquier otra forma de contraprestación por los servicios brindados a los beneficiarios.
- ii) No exponer en lugar visible del establecimiento el cartel o leyenda que informe la gratuidad de las prestaciones.
- iii) Rechazar la atención de un beneficiario y/o, en su caso, la omisión de actuar como establecimiento derivador.
- iv) No mantener por cada persona beneficiaria a la que se le brinde una prestación una Historia Clínica actualizada siguiendo las normas vigentes en la Jurisdicción.
- v) Incumplir con la presentación de los informes y/o reportes que defina la UGP dentro de los plazos previstos por la misma.
- vi) No alcanzar las metas sanitarias establecidas por la UGP.
- vii) No cumplir con los hitos vinculados a los procesos priorizados establecidos por la UGP.
- viii) Omitir la presentación de la liquidación de prestaciones (factura) a la UGP dentro del plazo previsto en el presente Compromiso de Gestión.
- ix) No cumplir, en forma total o parcial, con la obligación de garantizar el libre acceso a los profesionales auditores, proveyéndoles la documentación solicitada.
- x) No cumplir con las pautas y campañas de publicidad y comunicación definidas por los Programas o la UGP.

- xi) Incumplir con la implementación de los mecanismos de participación de la población definidos por la UGP.
- xii) Omitir la colocación en un lugar visible al público de un informe de las inversiones realizadas con los fondos recibidos en el marco del Programa.

**b) Sanciones.**

En función de los incumplimientos descritos precedentemente, la UGP podrá aplicar al EFECTOR y/o al TAF, según corresponda, las siguientes sanciones:

- i) Llamado de Atención
- ii) Apercibimiento
- iii) Ajustes (podrán ser aplicados automáticamente en la siguiente transferencia que reciba el establecimiento)
- iv) Retenciones

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

**C) Suspensión del Compromiso de Gestión**

Serán causales de esta sanción el incumplimiento reiterado de lo previsto en el apartado a) del presente artículo, cuando no mediare manifestación de causal que justifique tal situación, y habiendo aplicado previamente la UGP las sanciones de llamado de atención y apercibimiento.

**ARTÍCULO NOVENO– COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES:**

En el marco del compromiso, el EFECTOR solicita recibir las comunicaciones y notificaciones vinculadas al PROGRAMA SUMAR+ y el FONES, indistintamente en las siguientes direcciones:

- a) Correo Electrónico: .....
- b) Dirección Postal.....

Mientras que la Jurisdicción/UGP solicita recibir las comunicaciones y notificaciones de los efectores, en las siguientes direcciones:

- a) Correo Electrónico: .....
- b) Dirección Postal.....

**ARTÍCULO DÉCIMO – VIGENCIA DEL COMPROMISO DE GESTIÓN:**

El presente Compromiso de Gestión se encontrará vigente desde su fecha de firma y mientras se encuentre en ejecución el PROGRAMA SUMAR+ y el FONES en el ámbito de la Jurisdicción.

**ARTÍCULO DÉCIMO PRIMERO – RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS:**

Las PARTES acuerdan que, en caso de discrepancias o conflictos, agotarán todas las instancias para la solución amigable de los mismos. En tal sentido, aceptan que el COFESA actúe en estos casos como buen componedor. Para el supuesto de no arribar a una solución del conflicto, como última instancia las partes se someten a la decisión del MSAL.

**ARTÍCULO DÉCIMO SEGUNDO – RESCISIÓN:**

Las PARTES se reservan la facultad de rescindir el presente compromiso en cualquier momento de la ejecución del mismo, debiendo comunicar fehacientemente a la otra su decisión con una antelación no menor a los treinta (30) días.

**ARTÍCULO DÉCIMO TERCERO – CONFORMIDAD:**

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

Se firma el presente Compromiso de Gestión a los ..... (.....)  
días

del mes de..... 202.....

UGP:

EFECTOR:

TAF: (en caso de corresponder)

**ANEXO (Para firma agrupada o en representación, en caso de corresponder)**

Establecimiento	CUIE	Código SIISA	Correo electrónico	Dirección Postal
XXXXX				
XXXXX				
XXXXX				