

ANEXO V

REGLAMENTO OPERATIVO

**Proyecto Funciones Esenciales y
Programas de Salud Pública
(FESP)**

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

Este documento es de circulación restringida. Sólo puede ser distribuido con la autorización del MSN

INDICE

1. Introducción	6
1.1 Antecedentes del Proyecto “Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública”	6
1.2 Objetivos del Proyecto	11
2. Descripción del proyecto.....	13
2.1 Organización institucional del Proyecto.....	13
2.2 Cronograma temporal del Proyecto.....	16
2.3 Componentes del Proyecto. Descripción y funcionamiento	16
2.4 Componente 1: Fortalecimiento de la rectoría nacional y de la capacidad para ejecutar las Funciones Esenciales y Programas priorizados de Salud Pública.....	17
2.5 Componente 2: Fortalecimiento de la gestión de compra y monitoreo de insumos de los Programas priorizados de Salud Pública y de la respuesta a emergencias en salud.....	18
2.6 Componente 3: Implementación y fortalecimiento de un conjunto de Programas priorizados de Salud Pública a nivel provincial.....	20
2.7 Componente 4: Administración del Proyecto.....	21
2.8 Obligaciones de la Nación y las Provincias	22
3. Reglamento Operativo. Propósitos y alcances.....	22
4. Sobre las provincias participantes.....	23
4.1 Condiciones de adhesión y participación de las provincias	23
4.2 Pre- Requisitos de participación de la Provincia.....	24
4.3 Medidas cautelares y sancionatorias.....	24
4.4 Vigencia de la condición de provincia participante en el Proyecto.....	27
4.5 Procedimiento para los años subsiguientes	27
4.6 Recepción, utilización, registro y dominio de los Bienes e insumos provistos por el proyecto.	28

5. Actividades de la Salud Pública	30
5.1 Financiamiento de las ASP	30
5.2 Adelanto de Fondos a Provincias	32
5.3 Restitución de Fondos adelantados a las provincias	32
5.4 Mecanismo de Reembolso de las ASP	33
5.4.1 Instrumentos para reembolso	36
5.4.2 Ajuste de la disponibilidad de fondos para el pago de Reembolsos de las ASP.....	39
6. Organización y funcionamiento de la UC	40
6.1 Circuito de comunicación entre la UC y las Provincias	44
6.2 Actividades desarrolladas por los Programas Nacionales y los Programas Provinciales.....	45
7. Evaluación, auditoria y monitoreo. Aspectos generales	46
7.1 Auditoria Externa Concurrente	48
7.2 Monitoreo	49
7.3 Evaluación	50
8. Indicadores	51
8.1 Sobre los Indicadores de Desarrollo Final del Proyecto	51
8.2 Sobre los Indicadores de Medio Término	52
8.3 Indicadores de monitoreo.....	56
9. Salvaguardas.....	58
9.1 Salvaguarda. Pueblos Indígenas.....	58
9.2 Salvaguarda Ambiental	60

LISTADO DE SIGLAS Y TÉRMINOS UTILIZADOS

CONCEPTO	SIGNIFICADO
AEC	Auditoría Externa Concurrente
AGN	Auditoría General de la Nación
ANAHI	Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para Poblaciones Indígenas
ANLIS	Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud
ARV	Antirretrovirales
ASP	Actividades de Salud Pública.
BIRF	Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento
BSL II	Laboratorios de Seguridad Biológica (Nivel II)
BSL III	Laboratorios de Seguridad Biológica (Nivel III)
COFESA	Consejo Federal de Salud
CPPE-SLP	Conjunto Priorizado de Programas Esenciales de la Salud Pública
CR	Costo Reembolsable
DINESA	Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias
DDJJ	Declaración Jurada de la Provincia
DOTS/TAES	Tratamiento Abreviado Estrictamente Supervisado
FESP	Proyecto Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
INE	Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan Jara"
INEI	Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas
INER	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Dr. Emilio Coni"
INEVH	Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio Maiztegui"
ITT	Infecciones Transmisibles por Transfusión
IUFR	Reporte Financiero Interino no Auditado
LNR	Laboratorio Nacional de Referencia
MPEA	Marco de Planificación de Evaluación Ambiental
MPPI	Marco de Planificación para Poblaciones Indígenas
MR	Multiresistente
MSN	Ministerio de Salud de la Nación
MSP	Ministerio de Salud de la Provincia u organismo equivalente
NO	No Objeción del BIRF
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud

REGLAMENTO OPERATIVO FESP

ONC	Oficina Nacional de Contrataciones
OSCs	Organizaciones de la Sociedad Civil
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PAF	Plan de Acción Fiduciario
PFS	Plan Federal de Salud
PNSS	Programa Nacional de Sangre
PNSSyPR	Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.
PNTBC	Programa Nacional de Tuberculosis
POA	Plan Operativo Anual
PPI	Plan Provincial de Poblaciones Indígenas
PPL	Personas Privadas de Libertad
PRESSEC	Programa de Especialización en Epidemiología de Campo
PROMIN II	Programa Materno Infantil y Nutrición II
Provincias	Todas las provincias del país y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
PTV	Prevención de la Transmisión Vertical el VIH
PVVS	Personas Viviendo con VIH/SIDA
RD	Recursos Disponibles
RES	Residuos hospitalarios o de establecimientos de salud
RIA	Revisión Inicial Ambiental
RNL TBC	Red Nacional de Laboratorios de Tuberculosis
RPG	Referentes Provinciales de Gestión del Proyecto
SEDRONAR	Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico
SEPA	Sistema de Ejecución de Planes de Adquisiciones del Banco
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SIVILA	Sistema de Vigilancia de Laboratorio
SNVS	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud
SSMI	Sistema de Seguimiento y Monitoreo de Insumos
TBC	Tuberculosis
TDRs	Términos de Referencia
TS	Trabajadoras/es Sexuales
UC	Unidad de Coordinación del Proyecto
UFI-S	Unidad de Financiamiento Internacional de Salud
UNAMOS	Unidad de Monitoreo y Análisis de la Salud
VIH – SIDA / ETS	Programa Nacional de Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida y Enfermedades de Transmisión Sexual
VIGIA	Programa de Vigilancia de la Salud

1. Introducción

1.1 Antecedentes del Proyecto “Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública”

1. El Plan Federal de Salud 2004 – 2007(PFS), tiene como objetivo reformar el sistema sanitario en todos sus niveles. La visión del Plan plantea objetivos y metas hasta el año 2015 y procura establecer las pautas para diseñar un nuevo modelo sanitario.
2. Para ello, el Ministerio de Salud de la Nación tiene a su cargo las responsabilidades de rectoría, coordinación y armonización de los sistemas, al tiempo que tiende a facilitar y propiciar la compensación de las diferencias regionales e interprovinciales. El PFS, construido en base al paradigma de la relación Nación-Provincias como nueva piedra angular de la transformación de la salud de los argentinos, avanza sobre un sendero de reformas en base al consenso permanente en el seno del Consejo Federal de Salud (COFESA). Sus propuestas exceden el marco del actual periodo constitucional del gobierno nacional y los gobiernos provinciales y se proyectan hasta el año 2015, en consonancia con la inmensa mayoría de las naciones y los pueblos del mundo que conciliaron y refrendaron los denominados Objetivos de Desarrollo del Milenio.
3. Para cumplir con estos objetivos es necesario establecer nuevas estrategias y éstas, eventualmente, pueden requerir mayores recursos humanos, técnicos y financieros para su implementación. Además, el desarrollo de políticas y la capacidad institucional de planificación y gestión, así como el fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública requieren estructuras eficientes, dotadas con recursos humanos altamente capacitados y tecnología adecuada. Estas reformas en el sector público de la salud conllevan la necesidad de fortalecer la función rectora de la autoridad sanitaria nacional y provincial. Un desafío importante consiste en cumplir con las Funciones Esenciales de Salud Pública, que competen al Estado, en todos los niveles de gobierno.
4. La posibilidad de realizar procesos eficientes, así como la capacidad de incorporar nuevas herramientas de gestión resultan de vital importancia. Particularmente, la implementación de transferencias financieras vinculadas a resultados constituye un desafío fundamental en el marco de las políticas públicas que requiere del desarrollo de nuevos marcos vinculantes entre la Nación y las Provincias, y entre éstas y sus efectores.
5. En este marco más amplio de acciones, nace el Proyecto de Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública (FESP) como una iniciativa del

Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y de intercambios en el Consejo Federal de Salud (COFESA), en respuesta a los nuevos desafíos y experiencias en el área de Salud Pública que evidenció el país en años recientes.

Las funciones esenciales de salud pública¹

6. La principal responsabilidad institucional con respecto a la salud pública corresponde al Estado –a través de la autoridad sanitaria- como la institución social que debe interpretar las necesidades de la sociedad y responder a ellas actuando para satisfacerlas de la manera más eficaz y eficiente posible.
7. El compromiso de la autoridad sanitaria con la sociedad implica la búsqueda de mejores resultados en la ejecución directa de las acciones que se encuentran bajo su responsabilidad específica y la máxima eficacia en la movilización de los diversos actores sociales a favor de la salud pública.
8. Sin embargo, la salud pública es un concepto complejo y amplio que requiere, para su correcto funcionamiento, de un planteamiento operativo centrado en un núcleo de funciones bien definidas que lo haga manejable, pero que a su vez, mantenga la significación estratégica suficiente de modo tal de lograr una cobertura integral. Este núcleo funcional estratégico lo constituyen las funciones que están bajo la responsabilidad directa del Estado en materia de salud pública.
9. Las funciones esenciales de salud pública (FESP) reúnen las intervenciones en materia de salud pública dentro de grupos funcionales con características comunes que sean esenciales al fin último de la salud pública y que sean suficientes para expresar la función en su totalidad. Las FESP constituyen el instrumental de la autoridad sanitaria y contribuyen al logro de sus funciones específicas como son la conducción, el ordenamiento de la prestación de servicios de atención, la modulación de la financiación y la garantía y regulación de la protección social de la salud, etc. Funcionan también como criterio de orientación de las otras funciones globales del sistema de salud.
10. De esta manera, el carácter social y amplio de la salud pública adquiere una expresión operativa concreta que posibilita su planificación, seguimiento y evaluación.
11. A continuación, se explicita una definición de cada una de las 11(once) funciones esenciales de salud pública.

FESP 1: Seguimiento, evaluación y análisis de la situación en salud

- a) Evaluación de la situación y las tendencias de salud del país y de sus factores

¹ Elaborado en base a "La salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción". OPS, 2002.

determinantes, con atención a las desigualdades existentes entre los distintos grupos.

- b) Identificación de las necesidades de salud de la población.
- c) Manejo de estadísticas vitales y de la situación de grupos de riesgo.
- d) Generación de información para la evaluación de desempeño de los servicios.
- e) Identificación de recursos disponibles que puedan mejorar la promoción de la salud y la calidad de vida.
- f) Desarrollo de la tecnología para el manejo y difusión de la información.
- g) Definición y desarrollo de mecanismos de evaluación de la calidad.

FESP 2: Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública

- a) Capacidad para llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud.
- b) Desarrollo de infraestructura apropiada para conducir la realización de análisis e investigación epidemiológica en general.
- c) Instalación y apoyo a laboratorios de capaces de realizar análisis rápidos y de procesar un alto volumen de pruebas para la identificación y el control de nuevas amenazas.
- d) Desarrollo de programas activos de vigilancia epidemiológica y de control de enfermedades infecciosas.
- e) Vinculación con redes internacionales que permitan afrontar conjuntamente problemas de salud de mayor interés.
- f) Fortalecimiento de la autoridad sanitaria a nivel local para generar respuestas rápidas ante eventuales problemas de salud o de riesgos específicos.

FESP 3: Promoción de la salud

- a) Fomento de los cambios en los modos de vida y en las condiciones del entorno para impulsar el desarrollo de una cultura de la salud.
- b) Fortalecimiento de alianzas intersectoriales para hacer más eficaces las acciones de promoción.
- c) Evaluación del impacto en la salud de las políticas públicas.
- d) Desarrollo de acciones educativas y de comunicación dirigidas a promover modos de vida, comportamientos y ambientes saludables.
- e) Reorientación de los servicios de salud con el fin de desarrollar modelos de atención que favorezcan la promoción.

FESP 4: Participación de los ciudadanos en salud

- a) Refuerzo del poder de los ciudadanos para formar parte activa del proceso dirigido al desarrollo de comportamientos y ambientes saludables.
- b) Apoyo a la participación de la comunidad organizada en las decisiones y acciones relativas a los programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud.

FESP 5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública

- a) Definición de objetivos de salud pública en todos los niveles, que sean medibles y congruentes con un marco de valores que promueva la igualdad.
- b) Desarrollo, seguimiento y evaluación de las decisiones de política sanitaria a través de un proceso participativo coherente con el contexto político y económico en el que se desarrollan.
- c) Capacidad institucional para la gestión de los sistemas de salud pública, con especial interés en los procesos de construcción, ejecución y evaluación de iniciativas dirigidas a resolver los problemas de salud de la población.
- d) Desarrollo de competencias para la adopción de decisiones, basadas en pruebas que incorporen su planificación y evaluación, la capacidad de liderazgo y de comunicación eficaz, el desarrollo organizativo y la gestión de los recursos.
- e) Desarrollo de la capacidad de gestión de la cooperación internacional en materia de salud pública.

FESP 6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública

- a) Capacidad institucional para el desarrollo del marco regulatorio con el fin de proteger la salud pública y su fiscalización.
- b) Capacidad para generar nuevas leyes y reglamentos dirigidos a fomentar el desarrollo de entornos saludables.
- c) Protección de los ciudadanos en sus relaciones con el sistema de salud.

FESP 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud

- a) Promoción de la equidad en el acceso efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud.
- b) Desarrollo de acciones dirigidas a superar obstáculos de acceso a las intervenciones y a facilitar la vinculación de grupos vulnerables a los servicios de salud.

- c) Seguimiento y evaluación del acceso a los servicios de salud por medio de proveedores públicos y/o privados, adoptando un enfoque multisectorial, multiétnico y multicultural con el fin de resolver las desigualdades en la utilización de los servicios.
- d) Colaboración con instituciones gubernamentales y no gubernamentales con el fin de fomentar el acceso equitativo a los servicios de salud.

FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública

- a) Identificación de un perfil para los recursos humanos adecuado para la asignación de los servicios de salud pública.
- b) Educación, capacitación y evaluación del personal con el fin de prepararlos para identificar las necesidades, enfrentarse eficazmente a los problemas prioritarios de la salud pública y evaluar adecuadamente las acciones en materia de salud pública.
- c) Definición de requisitos para la acreditación de profesionales de la salud y adopción de programas de mejoramiento continuo de la calidad.
- d) Formación de alianzas activas con programas de perfeccionamiento profesional para los estudiantes, así como la formación continua en materia de gestión de los recursos humanos y desarrollo del liderazgo.
- e) Desarrollo de capacidades para el trabajo interdisciplinario y multicultural.
- f) Formación ética del personal con especial atención a principios y valores tales como la solidaridad, la igualdad y el respeto a la dignidad de las personas.

FESP 9: Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva

- a) Incorporación de sistemas de evaluación y mejoramiento de su calidad.
- b) Fomento de la elaboración de normas sobre las características básicas que deben tener los sistemas de garantía y mejoramiento de la calidad.
- c) Definición, explicación y garantía de los derechos de los usuarios.
- d) Instauración de un sistema de evaluación de tecnologías que colabore en los procesos de adopción de decisiones del sistema y contribuya a mejorar su calidad.
- e) Utilización de la metodología científica para la evaluación de intervenciones de diverso grado de complejidad.
- f) Incorporación de sistemas de evaluación de satisfacción de los usuarios y su utilización para mejorar la calidad de los servicios.

FESP 10: Investigación en salud pública

- a) Investigación dirigida a aumentar el conocimiento que apoye la adopción de

decisiones.

- b) Ejecución y desarrollo de soluciones innovadoras en materia cuyo impacto pueda ser medido y evaluado.
- c) Establecimiento de alianzas con centros de investigación e instituciones académicas, con el fin de realizar estudios que apoyen la adopción de decisiones de la autoridad sanitaria.

FESP 11: Reducción del impacto de las emergencias y desastres en salud

- a) Desarrollo de políticas, planificación y realización de acciones de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana para reducir el impacto de los desastres sobre la salud pública.
- b) Enfoque integral con relación a los daños y la etiología de todas y cada una de las emergencias o desastres posibles en la realidad del país.
- c) Participación de todo el sistema de salud y la más amplia colaboración intersectorial e interinstitucional en la reducción del impacto de emergencias o desastres.
- d) Gestión de la cooperación intersectorial e internacional en la solución de los problemas de salud generados por emergencias y desastres.

1.2 Objetivos del Proyecto

- 12. El objetivo general del Proyecto FESP es reducir la exposición de la población a los principales factores de riesgo asociados con la salud, mejorar el ambiente regulatorio y el rol de liderazgo en el sistema nacional de salud pública e incrementar la cobertura de diez (10) Programas priorizados de Salud Pública. El Proyecto busca apoyar el Plan Federal de Salud y sus objetivos de reducir la morbimortalidad asociada a las enfermedades colectivas.
- 13. Este Objetivo se alcanzará mediante las siguientes acciones:
 - a) Fortalecer a la Autoridad Nacional en su rol de rectoría mediante el apoyo al sistema de vigilancia epidemiológica, la red de laboratorios, la investigación en Salud Pública y la profundización del enfoque de la salud basada en la prevención y promoción.
 - b) Fortalecer a la Autoridad Nacional en su capacidad normativa y regulatoria y en la implementación de las Funciones Esenciales de Salud Pública que permitan conducir adecuadamente los Programas Nacionales comprendidos en el Proyecto.
 - c) Desarrollar y fortalecer la infraestructura federal e intersectorial necesaria para promover una adecuada rectoría e implementación de los Programas

priorizados.

- d) Promover la adecuada implementación y prestación de los Programas priorizados a nivel de las Provincias con calidad, equidad, eficiencia y adaptación cultural a las comunidades indígenas de cada provincia.
- e) Fortalecer la promoción de la salud, comunicación social, hábitos de vida saludables y participación social, con la finalidad de reducir el riesgo de exposición a enfermedades y los daños producidos por factores de riesgo.
- f) Incorporar cambios en la gestión de los Programas de Salud Pública, favoreciendo las economías de escala, aumentando la importancia y visibilidad de los resultados en la gestión de los programas e integrando la prestación de los mismos a nivel local.
- g) Apoyar financieramente al Ministerio de Salud de la Nación, para asegurar la disponibilidad de insumos de calidad en la implementación de los Programas priorizados.

14. A continuación se reseñan las Funciones Esenciales y los Programas priorizados de Salud Pública contemplados en este Proyecto.

CUADRO 1

Funciones Esenciales de Salud Pública y Programas priorizados

No.	FUNCIONES ESENCIALES
1.	Monitoreo y evaluación
2.	Vigilancia de Salud Pública y control de enfermedades
3.	Promoción de la salud, con énfasis en Enfermedades no transmisibles
4.	Participación de la comunidad, principalmente a través de la estrategia de Municipios Saludables (incluyendo actividades de prevención en el uso indebido de drogas a través de SEDRONAR)
5.	Regulación y fiscalización en Salud Pública
6.	Desarrollo de políticas y de capacidad institucional de planificación y gestión en Salud Pública
7.	Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud
8.	Desarrollo de recursos humanos y capacitación en Salud Pública
9.	Garantía de calidad en servicios de salud individuales y colectivos
10.	Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en Salud Pública

No.	PROGRAMAS PRIORIZADOS
1.	Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
2.	Programa Nacional de Tuberculosis (TBC)
3.	Programa Nacional de Lucha contra el Retrovirus del Humano, SIDA y ETS
4.	Programa Federal de Chagas. Enfermedades Vectoriales: Dengue, Leishmaniasis y Rabia
5.	Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable
6.	Enfermedades No transmisibles (enfermedades cardiovasculares, enfermedades del ambiente y control de factores de riesgo: control de tabaco, alimentos saludables, actividad física, accidentes de tránsito y lesiones externas, entre otras)
7.	Plan Nacional de Sangre
8.	Enfermedades transmisibles / emergentes como la Influenza aviaria en humanos, hanta virus y otras.
9.	Emergencias y desastres
10.	Sanidad de Fronteras

2. Descripción del proyecto

2.1 Organización institucional del Proyecto

15. La responsabilidad general del Proyecto es ejercida por una Unidad Coordinadora (UC) localizada en el Ministerio de Salud de la Nación bajo la órbita de la Secretaría de Programas Sanitarios. El organigrama del MSN puede consultarse en: http://www.msal.gov.ar/htm/site/institucional_index.asp.
16. En la operación del Proyecto interactúan un conjunto de instituciones y organismos que se detallan a continuación:

▭ **Ministerio de Salud de la Nación**

Es el organismo que en, representación del Gobierno de la República Argentina, ejecuta el Convenio de Préstamo N° 7412-AR con el BIRF Es responsable por la coordinación de los programas y la política sanitaria relacionada a este Proyecto.

▭ **Secretaría de Programas Sanitarios**

Es la dependencia del MSN responsable de la implementación, supervisión y control del Proyecto.

▭ **Unidad Coordinadora (UC)**

Se encuentra bajo la órbita de la Secretaría de Programas Sanitarios del MSN. Es responsable de la implementación de los cuatro componentes del Proyecto. Tiene a su

cargo los aspectos de gestión, financieros y administrativos del mismo, así como la coordinación con los Ministerios de Salud Provinciales, el BIRF y otros actores involucrados.

▸ **Áreas Técnicas involucradas**

Las siguientes son las áreas técnicas involucradas quienes tienen la responsabilidad primaria sobre el diseño y ejecución del Proyecto:

- a. Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización
- b. Dirección Nacional de Programas Sanitarios
- c. Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias (DINESA)
- d. Dirección de Epidemiología
- e. Dirección de Promoción y Protección de la Salud
- f. Dirección de Sanidad de Fronteras
- g. Programa Ampliados de Inmunizaciones
- h. Programa Federal de Chagas
- i. Programa Nacional de Tuberculosis
- j. Plan Nacional de Sangre
- k. Programa Nacional contra el Retrovirus del Humano, VIH/SIDA y ETS
- l. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- m. Programa Municipios y Comunidades Saludables
- n. Programa Nacional de Control de Tabaco
- o. ANLIS: Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud
- p. Comisión Nacional Salud Investiga
- q. Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas. (ANAHI)
- r. Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico de la Nación (SEDRONAR), llevará adelante actividades de prevención en el uso indebido de drogas a través de la estrategia de Municipios Saludables.

- s. Secretaría de Ambiente de la Nación estará a cargo de la coordinación y asesoría en lo referente a los aspectos ambientales considerados en la Salvaguarda Ambiental del Proyecto.

↪ **Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF)**

Es el organismo que financia, junto con el Gobierno Nacional, el Proyecto. En particular le corresponde evaluar y controlar que el Proyecto se ajuste a los términos acordados con el Gobierno Nacional.

↪ **Unidad de Financiamiento Internacional Salud (UFI-S)**

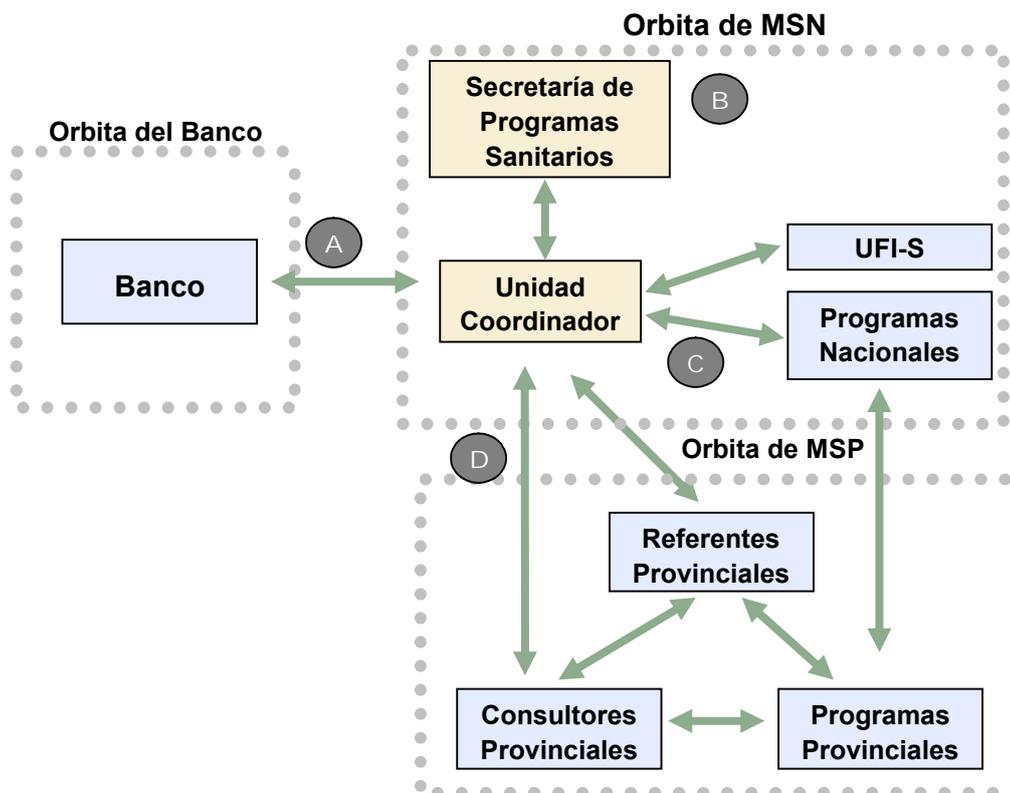
Unidad del Ministerio de Salud de la Nación cuyos objetivos son: 1) coordinar el portafolio de proyectos con financiamiento externo del sector salud para alcanzar mayor eficacia y 2) lograr una mayor eficiencia en la administración de dicho portafolio. El primero de estos objetivos busca asegurar sinergias y complementación entre los distintos proyectos así como garantizar en su ejecución, correspondencia y congruencia con las políticas nacionales. El segundo de ellos es planteado a través de la conformación de una unidad centralizada de servicios administrativos, financieros, de compras, contrataciones y asesoría legal; que permita obtener economías de escala y mayor solidez en los procedimientos, sin afectar la integridad gerencial y los aspectos sustantivos propios de las diferentes Unidades Ejecutoras Centrales de los Programas y Proyectos.

Es responsable de brindar estos servicios en apoyo a los requerimientos de la UC.

↪ **Jurisdicciones Provinciales**

Las Provincias participantes, a través de los Ministerios de Salud provinciales u organismo equivalente que desempeñan la función, son las responsables del cumplimiento de los Convenios Marco y de los Compromisos de Gestión Anual suscriptos con el MSN. Son las ejecutoras naturales de los Programas y Funciones Esenciales de Salud Pública que el Proyecto apoya y sus respectivas actividades en cada una de sus jurisdicciones. Los MSP tienen la responsabilidad legal por la implementación de tales actividades, por el uso de los insumos provistos por el Proyecto y el adecuado gerenciamiento de los Programas provinciales de Salud Pública.

Relaciones Institucionales del Proyecto



2.2 Cronograma temporal del Proyecto

17. El inicio del Proyecto se ha fijado a partir de la firma del Decreto mediante el cual se aprueba el Convenio de Préstamo con el BIRF y su publicación en el Boletín Oficial de la Nación.
18. El Proyecto será implementado a lo largo de 4 períodos, cuya cronología se detalla a continuación:

PERÍODO	DURACIÓN
1°	Inicio del Proyecto - Diciembre 2007
2°	Enero 2008 – Diciembre 2008
3°	Enero 2009 – Diciembre 2009
4°	Enero 2010 – Finalización del Convenio de Préstamo aprobado

2.3 Componentes del Proyecto. Descripción y funcionamiento

19. A los fines del desarrollo del Proyecto en las Provincias se presentan los siguientes componentes que constituyen su base organizativa:
20. **Componente 1:** Fortalecimiento de la rectoría nacional y de la capacidad para

ejecutar las Funciones Esenciales y Programas priorizados de Salud Pública.

21. **Componente 2:** Fortalecimiento de la gestión de compra y monitoreo de insumos de los Programas priorizados de Salud Pública y de la respuesta a emergencias en salud.
22. **Componente 3:** Implementación y fortalecimiento de un conjunto de Programas priorizados de Salud Pública a nivel provincial.
23. **Componente 4:** Administración del Proyecto.

2.4 Componente 1: Fortalecimiento de la rectoría nacional y de la capacidad para ejecutar las Funciones Esenciales y Programas priorizados de Salud Pública.

24. Las actividades financiadas por este Componente buscan fortalecer la capacidad en el nivel nacional y provincial de llevar adelante las Funciones Esenciales de Salud Pública, que como núcleo fundamental del ejercicio de la rectoría en salud, son necesarias para el éxito y desarrollo de los programas claves de Salud Pública.
25. Este componente se divide según su nivel de aplicación en dos sub-componentes: el Sub-componente 1A destinado a fortalecer el rol de rectoría a nivel nacional y el Sub-componente 1B orientado a fortalecer los Programas y Funciones Esenciales de Salud Pública en el nivel provincial.
26. A los fines de este Reglamento, a continuación se describen los objetivos y el funcionamiento del Sub-componente 1B.
27. Su objetivo es brindar soporte técnico y apoyo a las Provincias para fortalecerlas en el desarrollo y gestión de las Funciones Esenciales y Programas priorizados de Salud Pública a través del desarrollo y monitoreo de estándares mínimos y mecanismos de acreditación así como también asistirles en la formulación e implementación de los Compromisos de Gestión Anual entre el MSN y las Provincias.
28. Este Sub-componente financiará, entre otros, servicios de consultoría, servicios de no-consultoría, bienes (espacios publicitarios en medios de comunicación-radios, diarios, televisión-, etc.), organización de eventos y la contratación de los dos consultores provinciales del Proyecto (Consultor de Gestión y Consultor Administrativo) para apoyar los esfuerzos del MSN en:
 - a. Provisión de apoyo técnico a las Provincias para mejorar la capacidad de llevar a cabo las Funciones Esenciales y para fortalecer los Programas priorizados de Salud Pública.

- b. Formulación e implementación de Compromisos de Gestión Anual entre el MSN y las Provincias.
 - c. Desarrollo e implementación de requisitos y mecanismos de acreditación para los Programas de Salud Pública provinciales incluyendo un proceso de monitoreo continuo y permanente de los mismos,
 - d. Formulación e implementación provincial de los planes provinciales para los pueblos indígenas según lo establecido en el MPPI.
29. La ejecución de este Sub-componente estará dada por la relación entre el MSN y los MSP, a través de los Programas Nacionales y los Programas Provinciales, con el apoyo de los equipos regionales que integran el Área de Coordinación de Provincias y Programas de la UC, los Consultores Provinciales contratados por el Proyecto.
30. Las Áreas, Direcciones y Programas Nacionales definirán, con la participación de los Programas Provinciales y el apoyo metodológico de la UC, las actividades a incorporar en el Plan Operativo Anual del Proyecto (POA).

2.5 Componente 2: Fortalecimiento de la gestión de compra y monitoreo de insumos de los Programas priorizados de Salud Pública y de la respuesta a emergencias en salud.

31. Los objetivos de este Componente son: i) fortalecer la administración de insumos de los Programas priorizados de Salud Pública; y ii) contribuir a una respuesta rápida y organizada del sector salud en el caso de una emergencia sanitaria.
32. El Componente 2 está conformado por dos Sub-componentes:
- **Sub-componente 2 A: Fortalecimiento de la gestión de compra y monitoreo de insumos de los Programas priorizados**
33. El objetivo de este Sub-componente es mejorar la provisión de insumos necesarios para el funcionamiento de los programas priorizados, mediante el fortalecimiento de la capacidad de gestión de compras y mejoras en la eficiencia de su proceso de asignación, distribución y monitoreo de uso.
34. Este Sub-componente financiará la adquisición de insumos médicos elegibles (ver AnexoVI) a través de un financiamiento decreciente en el tiempo y ligado a resultados.
35. Con el fin de contribuir con el logro del objetivo de este Sub-componente, el Componente 4 del Proyecto proveerá adicionalmente asistencia técnica y

equipamiento para:

- a. Desarrollar e implementar un sistema de seguimiento y monitoreo de insumos (SSMI) de los siguientes Programas: Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), Programa Nacional de Sangre y Programa Nacional de Tuberculosis en todas las provincias.
 - b. Mejorar los mecanismos de supervisión y de transparencia en la gestión de los insumos asignados.
36. En relación a la implementación de este Sub-Componente para cada período del Proyecto se analizarán, entre las autoridades nacionales, la UC y los Programas y Direcciones Nacionales involucrados en el Proyecto las necesidades provinciales de insumos y las disponibilidades presupuestarias. De esta forma se determinará el listado de insumos a financiar por el Proyecto en el período siguiente.
37. Los insumos para los Programas priorizados serán adquiridos a nivel nacional a fin de aprovechar economías de escala y asegurar la adecuada utilización de normas de adquisiciones y contrataciones del BIRF. Oportunamente la UC comunicará de manera fehaciente a las provincias las cantidades y especificaciones técnicas de los bienes e insumos adquiridos.
38. El monto total asignado a este Sub-componente es de U\$S 90 millones. Sin embargo la disponibilidad de estos fondos está sujeta al cumplimiento de las metas de un indicador.
39. El MSN y el BIRF han definido un indicador de implementación del sistema de seguimiento y monitoreo de insumos en las provincias (SSMI) para tres Programas priorizados: PAI, Sangre y TBC. Las metas de este indicador están relacionadas con el número de provincias con el SSMI implementado y han sido definidas para los cuatro períodos del Proyecto suponiendo una mejora constante. La Auditoría Externa Concurrente (AEC) deberá supervisar el cumplimiento de las metas de este indicador.

▸ **Sub-componente 2 B: Fortalecimiento de la capacidad de respuesta nacional ante una potencial emergencia sanitaria**

40. Este Sub-componente está destinado al financiamiento de acciones necesarias para afrontar una pandemia de gripe aviar, emergencias por epidemia o emergencias derivadas de desastres naturales o no dentro del territorio nacional. El Proyecto, a través de este Sub-componente, financiará servicios de consultoría, servicios de no-consultoría, asistencia técnica y bienes, entre otros.
41. Para la implementación de este Sub-componente los Programas Nacionales definirán los planes a aplicar en la o las jurisdicciones declaradas en emergencia, cuyas actividades se deben enmarcar en las definidas en los Planes de Respuesta a Emergencias respectivos y que figuran en el ANEXO X II.

42. El tipo de gastos y actividades que serán elegibles para financiar a través de este Sub-componente están definidas en dichos Planes
43. Los Ministerios de Salud provinciales podrán requerir en forma fundada al Ministerio de Salud de la Nación la declaración de su provincia o de las áreas de la misma en emergencia sanitaria y solicitar la aplicación de los Planes de Emergencia previstos con su correspondiente firma.
44. La capacidad de utilización de dichos recursos queda expedita mediante una Resolución fundada del Ministerio de Salud de la Nación que declare la emergencia sanitaria y su comunicación formal al BIRF. Inmediatamente, se activa el proceso de dictado de la Decisión Administrativa, de similar tenor, del Jefe de Gabinete de Ministros del Poder Ejecutivo, que es quien posee las competencias de modificación o reasignación de partidas presupuestarias y de autorización de endeudamiento por parte de la República Argentina.
45. La disponibilidad de los fondos será tramitada por la UC quién, a su vez, gestionará con la UFI-S los procesos financieros y de compras correspondientes.

2.6 Componente 3: Implementación y fortalecimiento de un conjunto de Programas priorizados de Salud Pública a nivel provincial

46. Este Componente tiene como objetivo principal implementar y fortalecer las funciones y los Programas priorizados, a través de la expansión de la cobertura de Actividades de Salud Pública (ASP), que figuran en el ANEXO VII del presente, asegurando la equidad y la calidad a nivel provincial, según un modelo de financiamiento basado en resultados.
47. Para el logro de este objetivo, dicho modelo prevé reembolsos a las provincias por la realización de ASP de acuerdo a los costos reembolsables (CR) estipulados para cada una de ellas. Los reembolsos de este Componente estarán condicionados al cumplimiento de metas de medio término acordadas con cada Provincia.
48. Las ASP son un conjunto de 45 actividades estandarizadas, son científicamente efectivas, eficientes, costo-efectivas, y tienen un valor mensurable, estandarizado y justificable. Las mismas podrán ser modificadas en sus aspectos técnicos (cantidad y tipo) y financieros (valor) a partir del segundo período del Proyecto, previa No Objeción del BIRF y serán detalladas en los Compromisos de Gestión Anual firmados con las Provincias.
49. A través de este Componente se busca incrementar las Actividades de Salud Pública en las Provincias a fin de disminuir las brechas provinciales que se observan para cada una de las ASP, definidas en función de la cobertura inicial y la cobertura fijada como objetivo. El Proyecto financiará los costos operativos

reembolsables de las ASP ejecutadas por las Provincias según normas de Protocolo de ASP detalladas en el Anexo VIII.

50. Para aquellas Provincias que se encuentren afectadas a la implementación del Marco de Planificación para Pueblos Indígenas (Anexo IX), las ASP incluirán, cuando sea necesario, las adaptaciones requeridas por el PPI respectivo.
51. El funcionamiento de este componente se detalla en el punto 5 de este RO.

2.7 Componente 4: Administración del Proyecto

52. Este Componente busca monitorear y supervisar la implementación del Proyecto, asegurando su transparencia, así como generar externalidades positivas en el área de gobernabilidad aplicables al sector salud en su conjunto.
53. La gestión y administración del Proyecto se llevará adelante mediante una Unidad Coordinadora (UC) que incluye a un Coordinador General (designado por el Ministro de Salud de la Nación) y un Sub- Coordinador.
54. Dentro de sus principales responsabilidades la UC incluye: la supervisión de la implementación del Proyecto, la asistencia técnica y administrativa a las Provincias, la coordinación con el BIRF, así como con los diferentes actores involucrados en el Proyecto. La UC estará apoyada por la UFI-S en lo que respecta a los procesos financieros, administrativos y de contrataciones.
55. En el nivel provincial el Proyecto estará coordinado por el Ministerio de Salud Provincial y en particular por dos funcionarios públicos que Ministro provincial designe como referentes del Proyecto en la Provincia, los cuales contarán con la colaboración de dos consultores contratados por el MSN (Consultor de Gestión Provincial y Administrativo Provincial del Proyecto, respectivamente); uno que estará abocado a las tareas y actividades técnicas y otro que hará el soporte administrativo fundamentalmente en lo relacionado con las ASP
56. Los consultores provinciales serán el nexo de articulación con los funcionarios del MSP y deberán llevar a cabo todas las acciones tendientes a facilitar la ejecución del Proyecto a nivel provincial interactuando con los responsables regionales de la UC. Las provincias seleccionarán y propondrán las ternas para cada una de estas posiciones, teniendo en cuenta el perfil profesional y los términos de referencia que se detallan en el ANEXO XIII.
57. A más tardar al finalizar el tercer período de ejecución del Proyecto, uno de los dos consultores referidos precedentemente, deberá ser financiado por la Provincia y el Proyecto continuará financiando hasta la finalización del mismo la contratación del otro consultor.
58. El Componente está dividido en dos Sub-componentes:

▸ **El Sub-componente 4 A: Gestión y Administración del Proyecto**

59. El objetivo de este Sub-componente es apoyar el funcionamiento de la UC, los Ministerios de Salud Provinciales y la UFI-S, a través del financiamiento de asistencia técnica y administrativa, bienes, costos operativos, viáticos por viajes de supervisión, entre otros.

▸ **El Sub-componente 4 B: Monitoreo, seguimiento y evaluación del Proyecto**

60. A través de este sub-componente se financiarán las actividades de seguimiento, monitoreo y evaluación del Proyecto, incluyendo los costos que demande la contratación de una Auditoría Externa Concurrente (AEC)

2.8 Obligaciones de la Nación y las Provincias

61. Son funciones del MSN:

- a. Mantener operativa la UC
- b. Normar, coordinar y regular el Proyecto
- c. Acordar metas y definir las condiciones técnicas y de calidad que deben cumplir las Provincias junto con los Programas Nacionales.
- d. Asistir a las Provincias en la puesta en marcha del Proyecto
- e. Contribuir al financiamiento del Proyecto
- f. Monitorear y fiscalizar el avance y cumplimiento de los objetivos y metas acordadas.

62. Son funciones de las Provincias Participantes:

- a. Implementar las acciones acordadas en el Convenio Marco y en los Compromisos de Gestión Anuales.
- b. Cumplir con lo establecido en el Reglamento Operativo del Proyecto.

3. Reglamento Operativo. Propósitos y alcances

63. Este Reglamento Operativo (RO) tiene como propósito especificar los niveles de responsabilidad de las instancias nacionales y provinciales involucradas en la implementación del Proyecto. Su alcance es normativo, pues define las responsabilidades que emergen del cumplimiento u omisión de los procedimientos y acciones preestablecidos por cada uno de los responsables de la implementación. Establece además, mecanismos, procedimientos y plazos que deben seguirse en las diferentes fases de la ejecución, y proporciona guías y normas para la organización, gestión e implementación del Proyecto.

64. Específicamente, el RO rige la relación entre la UC y los funcionarios de los Ministerios de Salud Provinciales o sus equivalentes asignados a la ejecución del presente Proyecto.
65. El RO es único para todas las Provincias Participantes y se erige como el documento guía del Proyecto ya que posibilita la homogeneización de sus acciones para lograr una óptima implementación y un uso eficiente de los recursos.
66. Es de uso obligatorio para todos los funcionarios, directivos, técnicos y personal en general afectado al cumplimiento de los objetivos del Proyecto. En este orden, deberán responder a lo establecido en el mismo, las acciones desarrolladas por la UC, las contrapartes provinciales y todo otro organismo involucrado en la ejecución del Proyecto.
67. El MSN podrá sugerir modificaciones para adaptarlo a nuevas circunstancias o condiciones que pudieren presentarse durante la ejecución del Proyecto como un medio de asegurar el logro de sus objetivos. Las modificaciones al RO deberán contar con la No Objeción del BIRF. Las mismas entrarán en vigencia cuando el BIRF comunique de manera fehaciente dicha No Objeción. Ésta, a su vez, deberá ser comunicada fehacientemente a las provincias en un plazo que no exceda las 72 horas hábiles.
68. Asimismo, la UC a través del dictado de Disposiciones Operativas podrá instrumentar la aplicación de procedimientos específicos que complementen los aquí reglados durante la ejecución del Proyecto.
69. En caso de que alguna de las disposiciones del Reglamento Operativo colisionara con lo estipulado en el Convenio Marco y otras normas del BIRF aplicables, se establece el siguiente orden de prelación:
 - a. Convenio Marco
 - b. Reglamento Operativo
 - c. Compromiso de Gestión Anual
 - d. Normas nacionales y provinciales que en consecuencia se dicten

4. Sobre las provincias participantes

4.1 Condiciones de adhesión y participación de las provincias

70. La adhesión y participación de las Provincias es voluntaria. Una vez incorporadas al mismo deberán asumir la responsabilidad de cumplir con requisitos y obligaciones establecidos en los documentos correspondientes, así como alcanzar objetivos y metas acordados.
71. El Proyecto invita a la totalidad de las Provincias del país y a la Ciudad Autónoma

de Buenos Aires a participar del mismo. Como Anexo II se presenta el modelo de Carta de Adhesión del Proyecto.

4.2 Pre- Requisitos de participación de la Provincia

72. Las Provincias deberán cumplir con los siguientes requisitos a fin de ser consideradas provincias participantes y poder acceder a los recursos del Proyecto:
- a. Firma del Convenio Marco (Anexo III).
 - b. Dictado de una norma de creación del FESP para implementar y tornar el Proyecto operativo en su jurisdicción.
 - c. Notificación de manera fehaciente por autoridad competente la apertura de una Cuenta Bancaria de uso específico para el Proyecto.
 - d. Asignación de dos funcionarios públicos del Ministerio de Salud Provincial - cuyas tareas se correspondan preferentemente con el nivel nacional de máximo responsable de Programas Sanitarios y con el nivel nacional de máximo responsable del área Contable-Administrativa de ese organismo-, la función de referente provincial del Proyecto a nivel nacional y notificación al MSN.
 - e. Presentación de las ternas propuestas y selección de dos Consultores Provinciales del Proyecto (Consultor de Gestión y Consultor Administrativo) que serán financiados por el Proyecto o, en su defecto, selección de dos personas abocadas a estas tareas con perfiles similares, para ser financiados por la provincia, sujetos en su designación y trabajo a aprobación por la UC, sin ser necesario, en éste último caso, la presentación de ternas.
 - f. Para el caso de corresponder, presentación del PPI aprobado por el BIRF.
 - g. Suscripción del Compromiso de Gestión Anual para el primer período de ejecución del Proyecto (el modelo se presenta como Anexo IV).
73. La UC comunicará fehacientemente a la Provincia si existe documentación y/o información faltante a los fines de la firma del Primer Compromiso de Gestión Anual. En caso contrario convendrán de mutuo acuerdo la fecha y hora para la firma del mismo.

4.3 Medidas cautelares y sancionatorias

74. A fin de velar por el logro de los objetivos del Proyecto, la UC podrá aplicar apercibimientos, adoptar medidas cautelares y/o sancionatorias en relación con una Provincia Participante cuando, por sí o a través de las auditorías, detecte en la ejecución del Proyecto irregularidades que puedan poner en riesgo los objetivos del mismo, tales como:
- a. Destino o uso de los bienes, insumos, obras, servicios y equipamiento provistos

REGLAMENTO OPERATIVO FESP

por la Nación en el marco del Proyecto, con fines distintos a los específicos para los cuales han sido provistos.

- b. Falseamiento de información de suministro obligatorio a la UC y/o a la Auditoría Externa Concurrente.
- c. Cualquier otra irregularidad que, a criterio de la UC y del Banco atente contra el normal funcionamiento del Proyecto y/o desvirtúe sus objetivos.

75. **Apercibimiento:** Frente a la ocurrencia de cualquiera de las situaciones mencionadas, la UC aplicará a la Provincia un apercibimiento a través de una notificación expresa. La Provincia que reciba tres apercibimientos será pasible de la aplicación de una medida cautelar.
76. La medida cautelar consistirá en la suspensión de los reembolsos de las ASP desde la Cuenta del Proyecto. La presente medida se mantendrá hasta la verificación de la existencia y magnitud de los hechos que motivaron su aplicación. Las resultas de tal verificación podrán dar lugar a la aplicación de medidas sancionatorias.
77. Las medidas sancionatorias son las siguientes: i) Pérdida del derecho de percibir reembolsos por ASP ejecutadas durante el transcurso de tiempo que se aplicó la medida cautelar. ii) Pérdida del derecho de percibir reembolsos desde la aplicación de la medida cautelar y hasta la finalización del Proyecto.
78. La aplicación de apercibimientos, medidas cautelares y/o sancionatorias no representa la suspensión de los efectos del Convenio Marco y Compromiso de Gestión Anual en los demás aspectos establecidos en dichos instrumentos.
79. Las decisiones de la UC serán comunicadas a la Provincia y tendrán como fecha de entrada en vigencia la del acto administrativo por el cual se toma la decisión. La aplicación de apercibimientos, la adopción y el levantamiento de Medidas Cautelares o Sancionatorias por parte de la UC serán notificadas en todos los casos al BIRF.

Ciclo de Procesos PRIMER AÑO			
Condicionabilidad de las Provincias			
	Provincia	UC	Certificación
Carta de adhesión	Eleva a la U.C	Acepta	Carta de adhesión
Firma del Decreto de préstamo y publicación en el Boletín Oficial		Comunica de manera fehaciente a las provincias	Fotocopia del Decreto enviado a las provincias

REGLAMENTO OPERATIVO FESP

Solicitud de fecha para la firma del Convenio Marco	Eleva solicitud a UC	ALT 1: Acepta	Se conviene fecha y hora de firma de mutuo acuerdo
		ALT 2 Rechaza y solicita documentación faltante	Nota de la U.C
		ALT 2: Formula sugerencias para efectuar cambios o modificaciones	Comunica fehacientemente las observaciones sugeridas
Proyecto norma de creación del FESP	Eleva Proyecto borrador a la U.C	ALT 1: Acepta y sugiere envío de norma	Nota de la U.C
		ALT 2 Rechaza en caso de incumplimientos formales y sugiere modificaciones	Nota de la U.C
Norma de creación del Proyecto FESP	Eleva a la U.C	Acepta	Resolución ministerial o norma administrativa de igual o superior tenor
Apertura de cuenta bancaria	Eleva a la U.C: número y tipo de cuenta, entidad bancaria y sucursal	ALT 1: Acepta	Nota oficial de la entidad bancaria certificando los datos solicitados
		ALT 2 Rechaza en caso de incumplimientos formales y sugiere modificaciones	Nota de la U.C
Designación de dos funcionarios públicos como contraparte provincial	Eleva a la U.C nombres completos, DNI y cargo de los funcionarios designados	ALT 1: Acepta	Resolución ministerial o norma administrativa de igual o superior tenor
		ALT 2 Rechaza en caso de incumplimientos formales y sugiere modificaciones	Nota de la U.C

REGLAMENTO OPERATIVO FESP

Consultores provinciales del Proyecto	Eleva las dos ternas , la selección de consultores y la documentación requerida	ALT 1: Evalúa los contenidos de las ternas y solicita la No Objeción al BIRF. Acepta e inicia el trámite de contratación	Firma de contratos
		ALT 2 Rechaza en caso de incumplimientos formales y sugiere modificaciones	Nota de la U.C
Compromiso de Gestión anual	Los programas provinciales en conjunto con los nacionales y los técnicos de la UC formulan el Compromiso de Gestión Anual	ALT 1: Acepta	Firma del Compromiso de Gestión Anual

4.4 Vigencia de la condición de provincia participante en el Proyecto

80. Una Provincia Participante mantendrá su condición de tal en la medida que el Convenio Marco y el Compromiso de Gestión Anual se encuentren vigentes, hecho que ocurrirá en el caso en que se cumplan las siguientes condiciones:
- Se encuentre vigente el PROYECTO FUNCIONES ESENCIALES Y PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA, a través del Convenio de Préstamo BIRF 7412-AR.
 - No hayan pasado más de 3 meses de haberse vencido un Compromiso de Gestión Anual sin haberse firmado uno nuevo.
 - Se mantengan operativas las funciones asignadas a los referentes provinciales que actúan como contraparte de la UC, así como las funciones encomendadas a los dos Consultores provinciales (Consultor de Gestión y Consultor Administrativo del Proyecto).

4.5 Procedimiento para los años subsiguientes

81. Para los años subsiguientes y mientras se encuentre vigente el Proyecto, deberá renovarse anualmente el Compromiso de Gestión Anual. La Provincia y la Nación, de manera conjunta, evaluarán los objetivos a cumplir y en base a ello elaborarán un nuevo Compromiso de Gestión Anual durante los 15 primeros días de octubre de cada año. Una vez consensuados los nuevos compromisos, éstos deberán ser firmados de manera conjunta antes del 10 de noviembre de cada año. Comenzarán a regir a partir del primer día del año siguiente. Los compromisos tendrán validez únicamente cuando se encuentren firmados por el Ministro de

Salud Provincial y el Coordinador de la Unidad Coordinadora del Proyecto.

Ciclo de Procesos			
DESDE EL SEGUNDO AÑO			
Condicionalidad de las Provincias			
	Provincia	UC	Certificación
Compromiso de Gestión Anual (CGA)	Analiza aspectos técnicos y formales	Analiza aspectos técnicos y formales	
	Firma conjunta del CGA	Firma conjunta del CGA	Compromiso de Gestión Anual

82. Si por alguna razón de fuerza mayor no se hubiera procedido a la firma del Compromiso de Gestión Anual en los plazos previamente previstos, se mantendrá en vigencia el del año en curso hasta un máximo de 90 días corridos del año siguiente. Si en ese plazo no se renovara el Compromiso de Gestión Anual la provincia perderá su condición de participante.
83. La Provincia deberá comunicar dentro de las 72 horas hábiles a la Nación de manera fehaciente cualquier cambio que se produzca en los siguientes aspectos: los funcionarios públicos asignados al Proyecto., cambios en los datos de la Cuenta Bancaria, a saber: Entidad, Sucursal, Número y Tipo de Cuenta y de sus firmantes.

4.6 Recepción, utilización, registro y dominio de los Bienes e insumos provistos por el proyecto

84. El equipamiento técnico e informático, instrumental médico y de laboratorio, y otros bienes e insumos provistos por la Nación a las provincias estarán estrechamente relacionados al cumplimiento de los objetivos del Proyecto.
85. La Provincia deberá ingresar al Patrimonio Provincial, en concepto de donación con cargo, todos los bienes recibidos en el marco de la ejecución del Proyecto. Los bienes deberán destinarse exclusivamente al sector público. Para tales fines deberá designar por escrito (detallando nombre completo, DNI y cargo) a la persona responsable de recibir los insumos y equipamiento del Proyecto. De producirse cambios en la persona designada, la provincia comunicará los mismos a la UC de manera fehaciente.
86. La Nación procederá a la compra de los bienes e insumos según las normas BIRF, bajo la cláusula de entrega en el lugar del requerimiento. La Nación comunicará

REGLAMENTO OPERATIVO FESP

fehacientemente a la Provincia la cantidad, tipo y detalles técnicos de los bienes e insumos adquiridos, así como la fecha probable de entrega. La provincia, a su vez; comunicará de manera fehaciente el lugar de recepción de dichos bienes e insumos, debiendo cumplir los mismos con las características adecuadas para el almacenamiento de los mismos. El procedimiento se completa con un acta en la que se formaliza la transferencia de dominio del bien junto a una notificación oficial comunicando su destino y uso.

Ciclo de Procesos BIENES E INSUMOS		
UC	Provincia	Registro
	Comunica responsables de recepción de Bienes e insumos (nombre completo, DNI y cargo) y puntos de entrega. Mantiene informada a la UC si existen cambios	Nota de la provincia a la UC
Inicia los procesos de compra de bienes e insumos		
Finalizado el proceso, comunica de manera fehaciente a la provincia el tipo, especificaciones técnicas y cantidad asignada		Nota de la UC
	Recibe el acta de transferencia y los bienes/insumos y los controla. En caso de observaciones deja constancia y comunica dichas observaciones a la UC	Remito
	Firma el Acta de transferencia de dominio del Bien. Registra el bien y/o Insumo y su destino	Acta de transferencia y registros
Recibe el acta de transferencia y nota de la contraparte provincial firmada con el destino del bien/insumo.		Acta de transferencia y nota oficial con el destino del bien/insumo

5. Actividades de la Salud Pública (ASP)

5.1 Financiamiento de las ASP

87. El Proyecto reembolsará a las provincias sólo una porción de los costos operativos, denominados Costos Reembolsables (CR). Estos CR son aquellos originados en los gastos de ejecución de las ASP, de los que se excluyen los recursos humanos provinciales y los insumos y bienes provinciales aportados por el MSN. El valor de los CR es único para todo el país.
88. Para cada provincia y para cada una de las ASP se ha establecido una brecha que determina la cantidad máxima de ASP que podrá realizar por período y estarán reflejadas en el Compromiso de Gestión Anual. Esta brecha surge en general de la diferencia entre la cantidad inicial antes del Proyecto y una cantidad deseable u óptima a ser lograda durante el tiempo de ejecución del mismo. Los cálculos de las cantidades deseables u óptimas para cada ASP responden a criterios demográficos, epidemiológicos y sanitarios proporcionados por cada Provincia.
89. El monto total de Recursos Disponibles (RD) que cada provincia tendrá para cada periodo del Proyecto surge del producto de las brechas para cada ASP por su CR respectivo. Los RD no utilizados en un período no pueden ser utilizados en el siguiente.
90. Se realizará una evaluación de listado y sus CR a medio término del proyecto y se procederá, si corresponde, a una actualización de los mismos. No obstante el MSN podrá solicitar anualmente al BIRF una actualización al listado de las ASP y/o sus CR.
91. El grado de cumplimiento de las metas acordadas para los cuatro indicadores de medio término condicionará los recursos disponibles – RD – de cada provincia para los períodos 3 y 4 del Proyecto.
92. Debido a los ciclos de generación de información, los ajustes en los reembolsos por no cumplimiento de las metas de los indicadores acordados, se comenzaran a implementar luego de finalizado el primer semestre del período 3 del Proyecto. Esto determina el siguiente esquema de RD para los periodos de ejecución del componente tres:
 93. Períodos 1 y 2: no condicionados a resultados. Corresponde el 100% de los RD potenciales de los mismos periodos.
 94. Período 3 1er. Semestre: no condicionado a resultados. Corresponde el 50 % de los RD potenciales del tercer periodo anual de ejecución del componente tres.
 95. Período 3 – 2do. Semestre: Condicionado resultado. Corresponde el 50% de los RD potenciales del tercer periodo anual de ejecución del componente tres,

ajustados por cumplimiento de indicadores, según la primer evaluación de medio término (según esquema detallado en el punto 151).

96. Período 4 – 1er. Semestre: condicionado a resultados. Corresponde el 50% de los RD potenciales del cuarto periodo anual de ejecución del componente tres, ajustados por cumplimiento de indicadores (según esquema detallado en el punto 151).
97. Período 4 – 2do. Semestre: condicionado a resultados. Corresponde el 50% de los RD potenciales del cuarto periodo anual de ejecución del componente tres, ajustados por cumplimiento de indicadores, según la segunda evaluación de medio término realizada al fin del período 3 (según esquema detallado en el punto 151).
98. El cumplimiento de dichas metas será evaluado por el MSN y auditado por la AEC.
99. Los indicadores a evaluar serán idénticos para todas las Provincias participantes pero, al inicio de cada período, la Nación y cada Provincia acordarán metas específicas para cada uno de ellos y las reflejarán en los correspondientes Compromisos de Gestión Anual.
100. Cada indicador tiene un peso relativo del 25%. En el caso que el indicador este conformado por uno o más sub indicadores, todos ellos deben haberse alcanzado para considerar cumplido el indicador. Los RD serán ajustados por cumplimiento de metas de acuerdo al siguiente esquema para la ejecución de ASP hasta el fin de la ejecución del componente tres:
 101. Si alcanzó las metas acordadas para cada uno de los 4 indicadores de medio término, la Provincia podrá disponer del monto máximo de los RD .
 102. Si la provincia alcanzó las metas de 3 indicadores de medio término, podrá recibir hasta el 75% del monto máximo de los RD para el período siguiente.
 103. Si la provincia alcanzó las metas de 2 indicadores de medio término, podrá recibir hasta el 50% del monto máximo de los RD para el período siguiente.
 104. Si la provincia alcanzó la meta de 1 indicador de medio término, podrá recibir hasta el 25% del monto máximo de los RD durante el período siguiente.
 105. Si la provincia no alcanza ninguna meta, perderá la posibilidad de recibir reembolsos por ASP.
106. No obstante, si en la segunda evaluación de medio término realizada al fin del período 3 la provincia cumple con las metas de medio término establecidas, y este cumplimiento es verificado por la AEC, podrá recuperar la posibilidad de solicitar reembolsos por ASP a partir del segundo semestre del cuarto periodo de ejecución anual del componente tres.
107. Las ASP serán supervisadas por la UC y los Programas. La realización y gestión

administrativa de las ASP, su registro y la solicitud de su reembolso a la Nación serán auditadas por una Auditoría Externa Concurrente (AEC), financiada por el Proyecto.

5.2 Adelanto de Fondos a Provincias

108. A los fines de impulsar el inicio de la ejecución del Componente III, el MSN podrá otorgar un adelanto de fondos a las provincias que se hará efectivo en hasta dos cuotas y según el cumplimiento de las condiciones que se detallan en los puntos siguientes.
109. El adelanto de fondos para cada Provincia será un porcentaje de los RD estimados para el período comprendido entre el momento en que la Provincia se halla convertido en Provincia Participante y el 31/12/2007.
110. **Primera Cuota:** la Provincia que se haya convertido en Provincia Participante dentro de los 90 días de publicado en el Boletín Oficial de la Nación el Decreto por el cual se aprueba el Convenio de Préstamo con el BIRF para la financiación del presente Proyecto, tendrá derecho a solicitar la primera cuota del adelanto de fondos, equivalente al 12,5% de los RD estimados como se describe en el punto inmediato anterior. La Provincia deberá solicitar el adelanto dentro de los treinta (30) días de haberse convertido en provincia participante.
111. Esta cuota del adelanto de fondos deberá ser solicitada por la Provincia y será efectivizada por la UC al Ministerio de Salud Provincial (MSP) luego de la contratación de la AEC.
112. **Segunda Cuota:** será calculada del mismo modo que la Primera y solicitada por la Provincia. Esta segunda cuota será efectivizada por la UC al MSP durante el segundo trimestre de ejecución del Proyecto siempre que se cumplan las siguientes condiciones:
- a. Que la Provincia hubiere presentado a la UC los Informes de Avance mensuales dando cuenta de una ejecución de las ASP por un valor no menor al 50% del monto total transferido en la primera cuota del adelanto de fondos y la Declaración Jurada correspondiente de conformidad a lo establecido en el presente Manual y en el Reglamento Operativo.
 - b. Que la presentación referida en el punto anterior haya sido efectuada dentro del primer mes del segundo trimestre posterior a que la Provincia se haya convertido en Provincia Participante.

5.3 Restitución de Fondos adelantados a las provincias

113. Los fondos adelantados serán restituidos al MSN a través de retenciones que

realizará la UC sobre el total de reembolsos que corresponda efectuar al MSP, a partir del tercer trimestre de ejecución del Proyecto y durante 6 (seis) trimestres consecutivos, de acuerdo al siguiente esquema:

TRIMESTRE	CUOTA / % RESTITUCIÓN
3	Cuota 1 de 6 del adelanto total (8% o hasta donde alcance)
4	Cuota 2 de 6 del adelanto total (12% o hasta donde alcance)
5	Cuota 3 de 6 del adelanto total (15% o hasta donde alcance)
6	Cuota 4 de 6 del adelanto total (18% o hasta donde alcance)
7	Cuota 5 de 6 del adelanto total (22% o hasta donde alcance)
8	Cuota 6 de 6 del adelanto total (resto del adelanto)

114. Si los reembolsos que corresponda realizar al MSP por ASP ejecutadas correctamente en cada uno de los trimestres mencionados, resultaran insuficientes para cubrir el porcentaje del adelanto de fondos que debiera ser restituido, la UC se reserva el derecho de restringir la cuota parte del Componente I B del Proyecto disponible para la provincia, en la misma proporción.

5.4 Mecanismo de Reembolso de las ASP

115. A partir de la firma del Compromiso de Gestión Anual la Provincia puede solicitar el reembolso correspondiente a las ASP ejecutadas.

116. Para solicitar el reembolso trimestral por ASP realizadas, la provincia deberá confeccionar y elevar los siguientes instrumentos:

- a. Informe de Avance Mensual de ASP realizadas
- b. Declaración Jurada de ASP realizadas
- c. Acta de Registro de las ASP realizadas

La DDJJ remitida por la provincia tendrá los siguientes controles:

117. La UC controlará las DDJJ de acuerdo al Listado de ASP detallado en el Compromiso de Gestión Anual, y en caso de corresponder, gestionará el reembolso del costo correspondiente a las ASP ejecutadas a la cuenta bancaria designada por la Provincia, dentro de los 30 días corridos posteriores a la recepción de las DDJJ.

118. El reembolso por las ASP realizadas a hacer efectivo por la UC al MSP en cada trimestre será el que corresponda a: i) las ASP que figuren en el listado adjunto al Compromiso de Gestión Anual suscrito por cada provincia, ii) los valores establecidos por la Nación para cada ASP, iii) las cantidades declaradas de ASP en el periodo de referencia, siempre y cuando, sumadas a las cantidades

acumuladas en los trimestres anteriores no superen la brecha pautada de cada ASP en el Compromiso de Gestión Anual, y iv) aquellas ASP realizadas durante los dos trimestres inmediatos anteriores a la fecha de la recepción conforme de la DDJJ, con la excepción del primer pago por ASP realizadas desde la fecha de firma del contrato de préstamo y hasta la fecha de contratación de la auditoría correspondiente. En caso de encontrar errores relacionados a los puntos mencionados anteriormente, la UC devolverá la DDJJ a la Provincia. La DDJJ se considerará como recibida una vez que cuente con la conformidad de la UC.

119. Trimestralmente la UC enviará copia de las DDJJ reembolsadas a la Auditoría Externa Concurrente (AEC) quien será la encargada de verificar la veracidad y la correspondencia de las ASP realizadas de acuerdo a los requisitos incluidos en los Protocolos de ASP. La AEC elevará a la UC un Informe de Auditoría por cada trimestre con los resultados de las auditorías realizadas, el cual será utilizado por la UC para realizar débitos sobre futuros reembolsos si correspondiere.

Auditoría de los Reembolsos de ASP

120. En caso que la Auditoría Externa Concurrente informe a la UC errores y/o incumplimiento total y/o parcial de alguna/s o todas de las ASP realizadas por la Provincia, la UC efectuará el débito correspondiente.
121. En función de las actividades a realizar por la AEC en relación a la verificación de ASP, la misma determinará como ASP incorrectas, aquellas que no cuenten con registros respaldatorios y aquellas cuyos registros poseen datos faltantes o vicios formales de acuerdo a lo establecido en el documento "Protocolos de ASP".
122. En algunos casos, tal como se describe a continuación, se complementará esta verificación con la constatación en el efector de la existencia de los registros correspondientes.
123. A continuación se describen los criterios que debe seguir la AEC para cada ASP:

ASP	Criterios de auditoría a aplicar a estas ASP
1 a 11	<p>La verificación de registros en el nivel central provincial se debe realizar en forma muestral.</p> <p>El armado de la muestra se debe realizar sobre todas las ASP declaradas consideradas como un conjunto único.</p> <p>La muestra será estratificada, por un lado se considerará el conjunto de las ASP de las dosis que se aplican en el vacunatorio, ASP N^o 1, 2, 4, 6, 8 y 10, y por otro, las ASP correspondientes a las dosis que se aplican fuera del vacunatorio, las cuales son: ASP N^o 3, 5, 7, 9 y 11.</p> <p>Las muestras deben ser representativas (95% de confianza y 5% de precisión).</p>

REGLAMENTO OPERATIVO FESP

	El procedimiento muestral será un procedimiento de muestreo aleatorio simple .
12	La verificación de registros en el nivel central provincial se debe realizar en forma muestral . Adicionalmente se efectuarán verificaciones en vacunatorios sobre una muestra de los casos cuya documentación se haya encontrado correcta. En ambos casos, las muestras deben ser representativas (95% de confianza y 5% de precisión) y el procedimiento muestral será un procedimiento de muestreo aleatorio simple .
13 a 17, 19 a 21, 23, 31, 38 a 41	La verificación de registros en el nivel central provincial se debe realizar en forma muestral . Las muestras deben ser representativas (95% de confianza y 5% de precisión) y el procedimiento muestral será un procedimiento de muestreo aleatorio simple .
18, 24 a 30, 33 a 36, 42 a 45	La verificación de registros en el nivel central provincial se debe realizar en forma NO muestral , o sea sobre todos los casos declarados.
22, 32, 37	La verificación de registros en el nivel central provincial se debe realizar en forma NO muestral , o sea sobre todos los casos declarados. Adicionalmente se efectuarán verificaciones en terreno sobre una muestra de los casos cuya documentación se haya encontrado correcta. Las muestras deben ser representativas (95% de confianza y 5% de precisión) y el procedimiento muestral será un procedimiento de muestreo aleatorio simple .

124. El cuadro precedente pauta aquellas ASP que deberán ser evaluadas de manera muestral. Este criterio se aplicará sólo cuando la cantidad de registros de la ASP a verificar incluidos en la Declaración Jurada sea superior a 100 casos.

125. Una vez finalizado el trabajo de verificación, la AEC deberá elaborar el Informe emitiendo un dictamen sobre cada DDJJ auditada. El mismo deberá detallar las ASP encontradas incorrectas, así como también establecer el monto del débito y multa a realizar en el caso de corresponder.

126. Por otra parte, si la UC comprobara por sí, cualquiera de las situaciones mencionadas, podrá debitar el monto equivalente a las ASP incorrectas.

127. Débitos y multas

128. Los débitos se aplicarán sobre los casos encontrados incorrectos, sean estos procedentes de un análisis muestral o sobre la totalidad de los casos declarados. No obstante, en caso de realizarse la verificación adicional en terreno sobre una

muestra de las ASP de la DDJJ (ASP N^a 12, 22, 32 y 37), sus resultados se extrapolarán en forma proporcional a dicha muestra.

129. Corresponde aplicar multas sobre todas aquellas DDJJ que se hayan realizado débitos, en un monto equivalente al 10% del valor de dichos débitos.
130. Los débitos/ multas serán deducidos del monto que corresponda reembolsar a la provincia en el período inmediato posterior al que se detecte la situación que motiva la aplicación de dichos débitos/ multas.
131. Para el caso del primer pago por ASP realizadas desde la fecha de firma del contrato de préstamo y hasta la fecha de contratación de la auditoria correspondiente, el mismo solo podrá ser efectuado luego de recibido el dictamen favorable de la AEC y por el monto auditado favorablemente.
132. La UC remitirá al BIRF para su vista y conocimiento los informes de la AEC sobre las DDJJ provinciales auditadas junto a un memorando conductor sobre las medidas de gestión tomadas por la UC en función de dicho informe de la AEC.
133. La Provincia que se ha convertido en Participante dentro de los 90 días de publicado en el Boletín Oficial el Decreto por el cual se aprueba el Convenio de Préstamo con el BIRF para la financiación del presente Proyecto, podrá solicitar reembolsos en forma retroactiva por ASP realizadas durante el período comprendido entre el 01 de Enero de 2007 y la fecha en que se convirtió en Participante. La efectivización y los montos de dichos reembolsos están sujetos al cumplimiento de los requisitos de solicitud de reembolsos mencionados en los puntos anteriores, como así también a los debitos posteriores fundados en el informe de la AEC correspondiente o en las comprobaciones propias de la UC.

5.4.1 Instrumentos para reembolso

a. Informe de Avance Mensual (APENDICE A)

134. Este Informe es un documento que contiene las ASP que podrá realizar la provincia mensualmente y por las que solicitará el reembolso trimestral. Es un formulario informatizado que tiene el objetivo de dar cuenta del grado de avance de la realización de las ASP en cada provincia.
135. La UC entregará el formulario en soporte magnético, en el mismo figuran todos los datos concernientes a cada una de las ASP a realizar.
136. El Consultor Administrativo Provincial completará el formulario con los siguientes datos:
 - a. Período (año de curso del Proyecto)
 - b. Trimestre
 - c. Mes (en el que se realiza cada actividad)

- d. Cantidad de cada una de las ASP realizadas
- e. Firma de los dos funcionarios provinciales designados, o bien la firma de un funcionario y el Consultor de Gestión provincial.

137. De esta manera en forma automática al completar el formulario se obtendrá el avance mensual de las ASP que se van realizando y la información relativa al remanente de la brecha de cobertura posible de ser facturada en lo que resta de dicho período.
138. En este Informe de Avance Mensual también se pueden incluir actividades (ASP) realizadas aún no declaradas, teniendo como tope máximo un trimestre anterior a la fecha de su presentación.
139. Al finalizar el trimestre los tres informes de avance presentados mensualmente, deberán coincidir con el total de ASP realizadas que se presenten en la Declaración Jurada trimestral.
140. El Informe de Avance Mensual deberá ser enviado a la UC dentro de los 10 (diez) primeros corridos del mes siguiente. El mismo podrá ser remitido en forma previa por fax y por correo electrónico, pero sólo tendrá validez la presentación original impresa y firmada.

b. Declaración Jurada Trimestral DDJJ (APENDICE B)

141. Es un formulario que tiene carácter de Declaración Jurada, en el que se registrarán las ASP realizadas durante un trimestre. Este documento consolida la información trimestral que fue presentada en los informes de avance mensual.
142. La UC entregará el formulario en soporte magnético, que es similar al Informe de Avance mensual pero en el que se incluye además el Monto Máximo disponible para ese período para cada ASP.
143. El Consultor Administrativo provincial deberá cargar en el mismo la sig. Información:
- a. Cantidad de cada ASP realizada en todo el trimestre
 - b. Trimestre en el que se realizó cada ASP
 - c. N° de Acta de Registro de ASP realizadas
144. Una vez cargados estos datos en el formulario, estará disponible información concerniente a:
- a. Monto a rembolsar por cada ASP realizadas
 - b. Monto total a rembolsar
 - c. Remanente de la Brecha de cobertura para el período en curso
 - d. Remanente de Monto disponible para el período en curso
145. La Declaración Jurada trimestral deberá ser firmada por los dos funcionarios

provinciales designados o por un funcionario y el Consultor de Gestión provincial, y enviada a la UC dentro de los 10 primeros días corridos del mes siguiente a la finalización del trimestre, junto con la nota de Solicitud de Reembolso. (APENDICE C)

146. La misma podrá ser remitida en forma previa por fax y por correo electrónico, pero sólo tendrá validez la presentación original impresa y firmada.
147. En caso de encontrar errores, la UC devolverá la DDJJ a la Provincia La UC comunicará de manera fehaciente dicha circunstancia a la provincia y no efectuará reembolso alguno hasta tanto la situación sea aclarada por la provincia a través del envío de una nueva DDJJ.
148. Todo retraso en el envío de las DDJJ por parte de la Provincia generará demoras en el pago de los reembolsos solicitados.

c. Acta de Registro de las Actividades de Salud Pública ASP
(APENDICE D)

149. Es el documento que se adjunta a la Declaración Jurada en donde figura un detalle de las ASP declaradas con los principales datos del registro según los Protocolos establecidos. A su vez deberá contar con el N° del Tomo de Archivo en donde se podrá encontrar toda la documentación respaldatoria.
150. La UC entregará el formulario en soporte magnético, en el mismo se detalla el registro documental requerido según protocolo para cada ASP y los datos que deben ser verificados por los consultores.

A su vez el Consultor Administrativo provincial deberá completar los siguientes datos:

- a. N° de Acta
- b. Fecha
- c. Período
- d. Trimestre
- e. Mes
- f. Provincia
- g. Cantidad de ASP realizadas
- h. Sede, Localidad o Municipio de realización de las ASP
- i. N° de Tomo en donde se archiva la documentación respaldatoria.

▸ **Archivo de Documentación**

151. Toda la documentación respaldatoria exigida según los Protocolos, debe estar archivada en Tomos cuya numeración debe ser consecutiva e indicativa del trimestre y año de presentación de cada Declaración Jurada, a los efectos de

facilitar las tareas de auditoria y supervisión que estarán a cargo tanto de la UC como de la Auditoria Externa Concurrente.

5.4.2 Ajuste de la disponibilidad de fondos para el pago de Reembolsos de las ASP

152. El grado de cumplimiento de las metas acordadas para los cuatro indicadores de medio término condicionará los recursos disponibles – RD – de cada provincia para los períodos 3 y 4 del Proyecto.

153. Debido a los ciclos de generación de información, los ajustes en los reembolsos por no cumplimiento de las metas de los indicadores acordados, se comenzaran a implementar luego de finalizado el primer semestre del período 3 del Proyecto. Esto determina el siguiente esquema de RD para los periodos de ejecución del componente tres:

Períodos 1 y 2: no condicionados a resultados. Corresponde el 100% de los RD potenciales de los mismos periodos.

Período 3 1er. Semestre: no condicionado a resultados. Corresponde el 50 % de los RD potenciales del tercer periodo anual de ejecución del componente tres.

Período 3 – 2do. Semestre: Condicionado resultado. Corresponde el 50% de los RD potenciales del tercer periodo anual de ejecución del componente tres, ajustados por cumplimiento de indicadores, según la primer evaluación de medio término (según esquema detallado en el punto 151).

Período 4 – 1er. Semestre: condicionado a resultados. Corresponde el 50% de los RD potenciales del cuarto periodo anual de ejecución del componente tres, ajustados por cumplimiento de indicadores (según esquema detallado en el punto 151).

Período 4 – 2do. Semestre: condicionado a resultados. Corresponde el 50% de los RD potenciales del cuarto periodo anual de ejecución del componente tres, ajustados por cumplimiento de indicadores, según la segunda evaluación de medio término realizada al fin del período 3 (según esquema detallado en el punto 151).

154. El cumplimiento de dichas metas será evaluado por el MSN y auditado por la AEC.

155. Los indicadores a evaluar serán idénticos para todas las Provincias participantes pero, al inicio de cada período, la Nación y cada Provincia acordarán metas específicas para cada uno de ellos y las reflejarán en los correspondientes Compromisos de Gestión Anual.

156. Cada indicador tiene un peso relativo del 25%. En el caso que el indicador este conformado por uno o más sub indicadores, todos ellos deben haberse alcanzado para considerar cumplido el indicador. Los RD serán ajustados por cumplimiento de metas de acuerdo al siguiente esquema para la ejecución de ASP hasta el fin de la ejecución del componente tres:

Si alcanzó las metas acordadas para cada uno de los 4 indicadores de medio término, la Provincia podrá disponer del monto máximo de los RD .

Si la provincia alcanzó las metas de 3 indicadores de medio término, podrá recibir hasta el 75% del monto máximo de los RD para el período siguiente.

Si la provincia alcanzó las metas de 2 indicadores de medio término, podrá recibir hasta el 50% del monto máximo de los RD para el período siguiente.

Si la provincia alcanzó la meta de 1 indicador de medio término, podrá recibir hasta el 25% del monto máximo de los RD durante el período siguiente.

Si la provincia no alcanza ninguna meta, perderá la posibilidad de recibir reembolsos por ASP.

No obstante, si en la segunda evaluación de medio término realizada al fin del período 3 la provincia cumple con las metas de medio término establecidas, y este cumplimiento es verificado por la AEC, podrá recuperar la posibilidad de solicitar reembolsos por ASP a partir del segundo semestre del cuarto periodo de ejecución anual del componente tres.

6. Organización y funcionamiento de la UC

157.A los efectos de la implementación del Proyecto se ha creado una Unidad Coordinadora (UC) en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, dependiente de la Secretaría de Programas Sanitarios.

Organigrama UC FESP



158. La UC se compone de un Coordinador General (designado por el Ministro de Salud de la Nación) y un Subcoordinador. Está conformada por un Área técnica de Articulación de Provincias y Programas, integrada por hasta 13 profesionales, cuya tarea estará orientada a facilitar y coordinar la ejecución de los aspectos técnicos y operativos de las Provincias y los Programas involucrados, su articulación y sinergia; y también un Área de Gestión de Resultados Sanitarios, compuesta por hasta 17 profesionales, que llevará adelante todos los aspectos relacionados con los resultados sanitarios del Proyecto; el seguimiento y monitoreo del mismo, como así también todas las actividades y gestiones administrativas que el Proyecto requiera.

159. Para garantizar la implementación del Proyecto en los niveles provinciales, el Proyecto financiará – a través del Sub Componente I B- dos Consultores provinciales: Consultor de Gestión Provincial y Consultor Administrativo Provincial del Proyecto.

▸ **Coordinación General**

160. Está compuesta por un Coordinador General, un Subcoordinador, un asesor Legal y un asistente. Es responsable de hacer ejecutar las tareas inherentes al desarrollo y articulación de todos los componentes del Proyecto.

161. Tiene a su cargo la coordinación, aprobación y supervisión de la planificación, gestión y seguimiento de las acciones pertinentes para la ejecución del Proyecto.

162. Es su responsabilidad coordinar las áreas técnicas que de ella dependen, mantener las relaciones institucionales del Proyecto con el BIRF, Programas y áreas involucradas del MSN, como también con las áreas de gobierno involucradas a nivel nacional y provincial.

▸ **Área de Articulación de Provincias y Programas**

163. Es responsable de apoyar la implementación y el funcionamiento del Proyecto a nivel local y en la articulación entre la gestión provincial y la gestión nacional a través de los diferentes programas involucrados en el Proyecto.

164. Está conformada por un Responsable y Sub-responsable del área y divisiones regionales, cuyas funciones serán asumidas por especialistas que actuarán como Responsables Operativos Regionales (ROR) de la coordinación y el apoyo a la ejecución y la supervisión de las acciones en las distintas regiones del país.

▸ **Responsable del Área de Articulación de Provincias y Programas**

165. Tiene a su cargo la relación con los Directores Nacionales o Coordinadores de Programas en situaciones que requieran de dicha intervención. A su vez coordina

el funcionamiento de las divisiones regionales y colabora con el responsable del Área de Gestión de Resultados Sanitarios en temas tales como evaluación y monitoreo del Proyecto, tanto a nivel general como a nivel regional.

▸ **Sub-Responsable del Área de Articulación de Provincias y Programas**

166. Es el soporte técnico y operativo del equipo de trabajo. Coordina el funcionamiento de los Equipos Regionales de las provincias a nivel regional y con los responsables de los programas en el nivel nacional.

167. Los Programas Nacionales designarán a un delegado ejecutivo que articule las actividades con la UC y con los Responsables Regionales.

▸ **Responsable Operativo Regional**

168. Gestiona la implementación de las acciones del Proyecto en las provincias de la región asignada. Esto implica la capacitación, coordinación y supervisión de las tareas que realizarán los Consultores de Gestión y de Administración Provincial del Proyecto y el personal directivo y técnico de los Programas provinciales. Realiza contactos, gestiones y acciones tendientes a garantizar la correcta ejecución del proyecto en las provincias, coordinando con los referentes técnicos de los programas tanto a nivel nacional como provincial.

169. Apoya el cumplimiento y el desarrollo de los Compromisos de Gestión Anual, y acompaña las actividades relacionadas a la evaluación, seguimiento y monitoreo del Proyecto en la región correspondiente.

▸ **Área de Gestión de Resultados Sanitarios**

170. Está conformada por un Responsable del área, y dos unidades: una de Evaluación y Monitoreo, y otra de Apoyo Administrativo.

▸ **Responsable de Gestión de Resultados Sanitarios**

171. Interactúa con el responsable de área Articulación de Provincias y Programas en las actividades relacionadas al monitoreo y evaluación a nivel territorial y a nivel de cada uno de los Programas del nivel nacional, desde la unidad de monitoreo y evaluación.

172. Por otra parte, es el encargado de coordinar las actividades de administración del Proyecto y las de la AEC a través de la Unidad de Apoyo Administrativo.

▸ **Unidad de Monitoreo y Evaluación**

173. Tiene la responsabilidad de apoyar y consolidar la planificación del Proyecto, la información de la evolución de su ejecución y la confección de un tablero de

comando para tal fin. Realiza el monitoreo del cumplimiento de los Planes Operativos Anuales, del cumplimiento de los indicadores y de las metas acordadas, y del Compromiso de Gestión Anual. Asimismo, genera todos los informes de gestión que sean requeridos.

▸ **Unidad de Apoyo administrativo**

174. Gestiona las necesidades, actividades y procedimientos en materia de compras, contrataciones, finanzas, obras, auditoria concurrente, y otras.

175. Gestiona los procesos administrativos, financieros y de contrataciones con la UFI-S.

6.1 Circuito de comunicación entre la UC y las Provincias

176. Todas las comunicaciones formales de las provincias serán dirigidas por nota al Coordinador General del Proyecto y firmadas, según corresponda, tal como lo establece el presente RO en cada caso, más allá de los canales establecidos entre los Programas Nacionales y los Programas Provinciales.

177. Toda comunicación deberá ser realizada en papel oficial, indicando la fecha de emisión, con el número de nota asignado e indicando en asunto el motivo de la misma. Deberá además contar con la firma, aclaración y sello del/los responsable/s firmante/s.

178. Toda comunicación efectuada por otros medios y/o dirigida a otros miembros de la UC no será considerada formalmente.

179. Sin perjuicio de las comunicaciones habituales mantenidas entre los Programas Provinciales y los Programas Nacionales (en tiempo y forma), las provincias deberán comunicar simultáneamente a la UC aquellos datos que involucren información sobre los distintos indicadores del Proyecto.

180. En ese caso, las notas deberán ser remitidas en dos juegos originales, debidamente conformadas y firmadas por quien corresponda, una de ellas dirigida al Coordinador General de la UC y la otra al Director del Programa.

181. La información requerida se refiere entre otras a:

- a. Casos autóctonos de sarampión
- b. Casos de rubéola congénita
- c. Porcentaje de casos notificados por el sistema de vigilancia de rubéola, sarampión y SUH investigados según normas de procedimiento.
- d. Prevalencia de consumo de tabaco
- e. Provincias certificadas en la interrupción de la transmisión vectorial de Chagas
- f. Porcentaje de donaciones voluntarias de sangre
- g. Cantidad de colectas realizadas alcanzando el % del requerimiento de donaciones anuales provinciales

- h. Acreditación de provincias en Funciones y Programas de Salud Pública con un mínimo estándar y normas
- i. Porcentaje de la población de hasta 12 meses inmunizada en cada una de las siguientes vacunas: (Cuádruple, Triple Viral, Hep-b, BCG)
- j. Porcentaje de casos diagnosticados a través del examen directo positivo que están recibiendo tratamiento DOTS.
- k. Número de Municipios miembros de la Red de Municipios Saludables
- l. Cantidad total de nodos (C2, UC, SIVILA) con Módulos de SNVS en funcionamiento
- m. Cantidad de jurisdicciones y Hospitales en Red informatizada con el Programa Nacional
- n. Cantidad de provincias con equipos interdisciplinarios constituidos, con un mínimo de 3 profesionales produciendo herramientas informativas y didácticas en Promoción de la Salud y Educación para la Salud.
- o. Cantidad de Servicios de Salud Sexual y Procreación Responsable Supervisados

182. La información antes mencionada será remitida según la periodicidad pautada en los apartados 8.1; 8.2 y 8.3.

183. El retraso persistente en el envío de información y/o el falseamiento de datos será considerado una falta grave. La UC, según lo establecido en el punto 2.2 de este Reglamento Operativo podrá aplicar medidas cautelares o sancionatorias a la/s provincia/s que incurrieran en esta falta.

6.2 Actividades desarrolladas por los Programas Nacionales y los Programas Provinciales

184. Sin perjuicio de las actividades técnicas específicas realizadas hasta el momento por los Programas Nacionales y los Programas Provinciales, los mismos mantendrán reuniones periódicas con el fin de asegurar el buen desarrollo del Proyecto.

185. Particularmente, deberán prestar especial atención a las necesidades de fortalecimiento de cada área o Programa. Teniendo en cuenta los diferentes diagnósticos de situación y las distintas necesidades provinciales las autoridades del MSN harán las planificaciones anuales y plurianuales de las distintas actividades. Los planes elaborados podrán ser priorizados por la UC, quien deberá facilitar espacios de cooperación y/o posibilidades de sinergia entre las acciones programadas

186. Para la conformación de los planificaciones anuales y plurianuales respectivas, los Programas deberán determinar los distintos requerimientos- asistencia técnica, equipamiento, capacitación, sistemas de información e informática, servicios de

consultoría individual, servicios de firmas consultoras, comunicación, y otros-, para cumplir con sus objetivos anuales en el marco del Proyecto.

187. Para el éxito de este objetivo se requiere establecer diagnósticos y necesidades técnicas conjuntamente entre las dos jurisdicciones.

188. Para la conformación de los Planes Operativos Anuales respectivos, los Programas deberán determinar los requerimientos de asistencia técnica, equipamiento, capacitación, sistemas de información e informática, servicios de consultoría individual, servicios de firmas consultoras, comunicación, y otros, para cumplir con sus objetivos anuales en el marco del Proyecto. Los planes anuales serán preparados por los programas en el periodo Abril –Agosto de cada año, de acuerdo al siguiente cronograma:

- **Abril –Mayo:** Presentación de planes de actividades; trabajo conjunto de Programa Nacionales, provinciales y UC.
- **Junio- Julio:** Evaluación de planes de actividades; trabajo conjunto de Programa Nacionales, provinciales y UC. Ajustes de los planes de trabajo a la ejecución presupuestaria del año en curso. Elaboración inicial de actividades para año siguiente.
- **Agosto:** Presentación de planes de actividades del año próximo, base para la definición de necesidades presupuestarias para el ejercicio siguiente.

189. Los consultores provinciales deberán supervisar la ejecución de este proceso comunicando a la UC por nota que el mismo ha sido debidamente cumplimentado y elevando a la UC los requerimientos efectuados por la provincia. Los requerimientos provinciales serán sometidos a la consideración de las autoridades del MSN y el pedido de requerimiento será no vinculante, estando sujeto a las prioridades establecidas por las autoridades del MSN y la disponibilidad de recursos financieros entre otros.

7. Evaluación, auditoria y monitoreo. Aspectos generales

190. Se espera que el Proyecto contribuya a reducir la mortalidad y morbilidad producida por las causas involucradas en los diez Programas priorizados de Salud Pública. Las actividades del Proyecto en cuanto a la evaluación y monitoreo, buscan construir y promover a nivel nacional y provincial un proceso sistemático de evaluación y de generación de información que permita medir y mejorar los resultados de la ejecución del mismo.

191. La modalidad de desembolsos basada en resultados, característica del Sub-Componente II A y del Componente III, definen la necesidad de realizar un proceso continuo de monitoreo de un conjunto de indicadores específicos para

cada uno de los Componentes mencionados.

192. La evaluación del Proyecto se realizará en diferentes momentos.
193. Por un lado habrá una evaluación de medio término de los indicadores seleccionados para tal fin, con la condicionalidad de cumplimiento de metas previamente acordadas en los Compromisos de Gestión Anual.
194. A través de estos indicadores se espera a) aumentar la cobertura de los diez Programas priorizados en todas las provincias a través su expansión y el acceso de la población más pobre no cubierta a programas tales como TBC, Chagas o vacunas; b) reducir la exposición de la población argentina a factores de riesgo tales como el tabaco y finalmente, c) crear el ámbito regulatorio apropiado para el sistema público de salud a través de la creación de iniciativas tales como la acreditación de provincias en Salud Pública.
195. La consolidación de la información correspondiente a la evaluación de medio término estará a cargo de la UC, a través de la Unidad de Monitoreo y Evaluación y será verificada por la AEC en función del cumplimiento de cada indicador
196. El Proyecto tendrá una evaluación final en la que se constatará que se hayan alcanzado las metas establecidas para un conjunto de 6 (seis) indicadores de desarrollo definidos para el Proyecto.
197. Asimismo, el Proyecto realizará una evaluación de impacto de acciones seleccionadas. Su metodología se acordará con el BIRF durante el primer período de ejecución del Proyecto
198. Finalmente el monitoreo sobre la ejecución del Proyecto se realizará continuamente a través del área responsable en la UC y los responsables nacionales de las Direcciones y Programas involucrados. Éste contemplará que los indicadores de monitoreo acordados cumplan anualmente las metas propuestas.
199. La provincia participante deberá suministrar a la UC toda la información necesaria para la seguimiento, monitoreo y evaluación del Proyecto, en especial la que fuera necesaria para la medición de la evolución de los objetivos y metas planteadas (Indicadores de medio término, de monitoreo y de resultado final).
200. La UC y los Programas realizarán periódicamente actividades de seguimiento y monitoreo en terreno con el fin de garantizar el adecuado funcionamiento del Proyecto. Estas actividades estarán coordinadas desde la UC por los Responsables Operativos Regionales, la Unidad de Monitoreo, y Evaluación y serán articuladas en terreno por los Consultores de Gestión Provincial.
201. La UC informará por nota a la provincia la fecha en la que se realizará el seguimiento, monitoreo o evaluación en terreno, con una semana de antelación.

Se requerirá en la misma contar con toda la documentación relativa a la implementación del Proyecto.

PROYECTO FESP – REGLAMENTO OPERATIVO			
Ciclo de Procesos			
Supervisión en Terreno			
	UC	Provincia	Certificación
Seguimiento, monitoreo y evaluación a Provincias	Informa a la provincia con 1 semana de anticipación la fecha en la que se realizará la visita	Se notifica y dispone de toda la documentación pertinente a la implementación del Proyecto.	Informe

202. Sin perjuicio de aquellas actividades auditadas por la AEC y detalladas en el punto 7.1, la UC y los Programas podrán supervisar en forma directa:
- Muestras en terreno sobre las DDJJ de ejecución de ASP.
 - Cumplimiento del Compromiso de Gestión Anual.
 - Confección de Inventario de Insumos entregados por el Proyecto.
 - Información enviada para la verificación de metas de los indicadores del Proyecto.
 - Y toda aquella actividad que la UC considere sustantiva para el mejor desarrollo del Proyecto.

7.1 Auditoria Externa Concurrente

203. Las Provincias participantes deberán cumplir con las normas de auditoría que establezca la UC y todas otras necesarias para el logro de los objetivos del Proyecto. Del mismo modo, deberán garantizar que, tanto la UC o bien los auditores que ésta designe, puedan revisar libremente la documentación de las Provincias, con la colaboración como contraparte de los Consultores de Gestión Provincial.
204. Con el fin de auditar y dar conformidad sobre las declaraciones juradas que envían las provincias a la UC para solicitar los reembolsos de las ASP, una Auditoria Externa Concurrente será la responsable de las actividades de control y emitirá una opinión sobre:
- Veracidad de las DDJJ que envían las provincias para solicitar los reembolsos de las ASP.
 - Confiablez de las DDJJ en función de los procesos de consolidación de los registros provinciales de las ASP.

- c. Nivel de los indicadores previstos para los Componentes 2A y 3.
- d. Realizará, además, recomendaciones para la mejora de los procesos de reembolsos de las ASP a las provincias en base al cumplimiento de los puntos precedentes.

205. Para tales fines la UC a través del Área de Resultados Sanitarios coordinará y brindará apoyo al Auditor Externo para la realización de las actividades previstas.

206. La provincia, a través de los Consultores de Gestión Provincial será la contraparte de la Auditoría Externa Concurrente, facilitando las tareas de control, supervisión y auditoría así como también teniendo disponibles y en condiciones todos los registros provinciales de información concerniente al Proyecto.

PROYECTO FESP – REGLAMENTO OPERATIVO			
Auditoría Externa Concurrente			
Supervisión en Terreno			
	UC	Auditor Externo Concurrente	Provincia
Auditoría en Provincias	Solicita a la AEC fecha de visita a las provincias e informa por nota a las mismas con 1 semana de anticipación las actividades de Auditoría que se realizarán	Conviene con la UC fecha de la Auditoría en la provincia, coordina las actividades con el Área de Apoyo a la Auditoría, y procede a la realización de la misma.	Se notifica por nota escrita de la fecha de auditoría y dispone de toda la documentación pertinente a la implementación del Proyecto.

7.2 Monitoreo

207. Las tareas de monitoreo tienen como objetivo la supervisión y control de gestión del Proyecto, e incluyen diferentes metodologías de relevamiento de la información y medición de resultados e indicadores.

208. El monitoreo sobre la ejecución del Proyecto se realizará continuamente a través de; (i) el área responsable en la UC; (ii) los responsables nacionales de las Direcciones y Programas involucrados y (iii) las provincias. En este sentido, sin perjuicio de las comunicaciones habituales mantenidas entre los Programas Provinciales y los Programas Nacionales (en tiempo y forma), las provincias deberán comunicar simultáneamente a la UC aquellos datos que involucren información sobre los distintos indicadores del Proyecto, conforme a lo establecido en el RO.

La metodología de monitoreo del Proyecto también incluye:

- a. el seguimiento periódico permanente del cumplimiento de las metas anuales de los indicadores de monitoreo acordados con el BIRF,
- b. la elaboración de informes de gestión trimestrales, con información seleccionada cuya periodicidad de aparición en los informes estará definida por los distintos momentos de generación de datos e información primaria y
- c. el diseño de un tablero de comando.

209. Este tablero incluirá, entre otros, indicadores relacionados con:

- a. Evolución y grado de cumplimiento de los indicadores globales del Proyecto.
- b. Evolución y grado de cumplimiento de los indicadores provinciales.
- c. Evolución y grado de cumplimiento de Compromisos de Gestión Anuales por Provincia Participante.
- d. Análisis de la evolución del Proyecto, incluyendo alertas tempranas de problemas

7.3 Evaluación

210. La evaluación tiene como objetivo central la medición y el análisis de los resultados producidos por el Proyecto. Se establecen tres momentos de medición:

211. El Momento 0 corresponde a la línea de base, que es la situación vigente al inicio del Proyecto para un grupo de indicadores del proyecto y la situación diagnóstica inicial de los programas provinciales de salud pública a relevar durante el primer año del proyecto, con vistas a su proceso de mejora en el cumplimiento de las funciones de salud pública y como parte del proceso inicial de acreditación de los mismos;

212. El Momento 1 se realizará durante el 1º semestre del 3º año de ejecución del proyecto. Esta evaluación de medio término se realizará sobre los indicadores seleccionados para tal fin (ver punto 5.2), para verificar el cumplimiento de metas previamente acordadas con las provincias en los Compromisos de Gestión Anual.

213. En el momento 2, tres meses antes del término del Proyecto, se realizará una evaluación externa en la que se medirán los resultados finales. En esta evaluación final se constatará que se hayan alcanzado las metas establecidas para el conjunto de 6 (seis) indicadores de desarrollo definidos para el Proyecto.

214. La consolidación de la información correspondiente a la evaluación de medio término estará a cargo de la UC, a través de la Unidad de Monitoreo y Evaluación y será auditada por la AEC en función del cumplimiento de cada indicador.

215. A través de este proceso se espera verificar en que medida el proyecto a contribuido a (i) aumentar la cobertura de los diez Programas priorizados en todas las provincias ; (ii) aumentar el acceso y la protección de la población más pobre sin cobertura de salud a través de la seguridad social a los programas de TBC,

Chagas e Inmunizaciones; (iii) reducir la exposición de la población argentina a factores de riesgo tales como el tabaco; y (iv), (v) crear el ámbito regulatorio apropiado para el sistema público de salud a través de la creación de iniciativas tales como la acreditación de los programas provinciales de Salud Pública y los municipios saludables.

216. Asimismo, el Proyecto realizará una evaluación de impacto de acciones seleccionadas. Su metodología se acordará con el BIRF durante el primer período de ejecución del Proyecto.

8. Indicadores

217. Los indicadores del Proyecto contribuyen a reflejar el desarrollo de la ejecución del mismo. Tienen metas establecidas que, una vez cumplidas, reflejarán los resultados que se espera alcanzar a través de los distintos Componentes.

218. Los indicadores del Proyecto están divididos en 3 niveles diferentes que a continuación se detallan:

- a. Indicadores de Desarrollo Final
- b. Indicadores de Medio Término
- c. Indicadores de Monitoreo

219. Para todos los indicadores las provincias se comprometen a remitir la información concerniente a la evolución de los citados indicadores en tiempo y forma de acuerdo a lo detallado en cada tabla.

8.1 Sobre los Indicadores de Desarrollo Final del Proyecto

220. Estos **indicadores de desarrollo final** serán evaluados al finalizar la ejecución del Proyecto. Para el cumplimiento de los mismos se requiere del esfuerzo mancomunado de la Nación y las provincias. Algunos de ellos se hallan comprometidos además en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

221. El sistema de acreditación de Programas y Funciones (Número VI del cuadro) está siendo desarrollado por el MSN para el Proyecto.

222. En la tabla siguiente se describen los 6 indicadores establecidos:

REGLAMENTO OPERATIVO FESP

	Indicadores de Resultados Clave en función a los Objetivos del Proyecto	Operacionalización de la medición	Fuente de Información
I	0 Casos autóctonos de Sarampión	<u>Inicio del Proyecto:</u> línea base. <u>Anualmente:</u> Informe consolidado de Nación a partir de los informes trimestrales provinciales. <u>Final del Proyecto:</u> Evaluación final.	Programa Nacional Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
II	0 Casos de rubéola congénita	<u>Inicio del Proyecto:</u> línea base. <u>Anualmente:</u> Informe consolidado de Nación a partir de los informes trimestrales provinciales. <u>Final del Proyecto:</u> Evaluación final	Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
III	Disminución de un 6% de la prevalencia del consumo de tabaco	<u>Inicio del Proyecto:</u> línea base. <u>Anualmente:</u> Informe consolidado de Nación a partir de los informes trimestrales provinciales. <u>Final del Proyecto:</u> Evaluación final.	Anualmente: Programa Nacional de Control del Tabaco A final del Proyecto: Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo ENFR)
IV	17 de 19 Provincias certificadas en la interrupción de la transmisión vectorial en Chagas	<u>Inicio del Proyecto:</u> línea base. <u>Anualmente:</u> Informe consolidado de Nación a partir de los informes trimestrales provinciales. <u>Final del Proyecto:</u> Evaluación final.	Programa Nacional de Chagas (PNCH)
V	50 % de donaciones de sangre voluntarias	<u>Inicio del Proyecto:</u> línea base. <u>Anualmente:</u> Informe consolidado de Nación a partir de los informes trimestrales provinciales. <u>Final del Proyecto:</u> Evaluación final.	Programa Nacional de Sangre Segura (PNS)
VI	20 de 24 Pprovincias acreditadas en Funciones y Programas de Salud Pública con un mínimo de estándar y normas de los Programas seleccionados (*)	<u>Inicio del Proyecto:</u> línea base. <u>Anualmente:</u> Informe consolidado de Nación a partir de los informes trimestrales provinciales. <u>Final del Proyecto:</u> Evaluación final.	Proyecto Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública (FESP)

8.2 Sobre los Indicadores de Medio Término

▸ Sub - Componente 2 A

223.La evaluación de los indicadores de medio término se realizará: i) bianualmente para los cuatro indicadores clave del Componente III. La primera evaluación se

llevará a cabo durante el 1º semestre del período 3 de ejecución del Proyecto y se evaluarán según las metas provinciales para los indicadores de medio término detalladas en el Anexo XI y acordadas en el Compromiso de Gestión Anual de la Provincia, ii) anualmente para el indicador relacionado con el Sistema de Seguimiento y Monitoreo de insumos, y iii) anualmente para el indicador del Componente IV relacionado con los Compromisos de Gestión Anual.

224. A continuación se detallan los indicadores de medio término anteriormente mencionados:

▸ **Sub - Componente 2 A**

225. El indicador está relacionado con el desarrollo e implementación de un sistema de seguimiento y monitoreo de insumos en las provincias para los programas de PAI, TBC y Sangre Segura.

226. La responsabilidad del desarrollo e implementación del sistema estará a cargo de la UC y del MSN, contando con el apoyo de los MSP.

227. El grado de cumplimiento de las metas establecidas para cada período determinará el flujo de desembolso del este Sub-componente. Dichas metas fueron fijadas en forma acumulativa período a período.

Provincias con un sistema de seguimiento y monitoreo de insumos implementado (SSMI)

Indicadores de resultado	Inicio del Período 1	Inicio del Período 2	Inicio del Período 3	Inicio del Período 4
CASO BASE				
Número de Provincias con SSMI implementado al inicio de cada período	0	6	12	20
CASO DE SOBRECUMPLIMIENTO				
Número de Provincias con SSMI implementado al inicio de cada período	0	>6	>12	>20

CASO DE SUBCUMPLIMIENTO				
Número de Provincias con SSMI implementado al inicio de cada período	0	<6	<12	<20

▸ **Componente 3**

228. Estos indicadores son de resultados y de ejecución provincial, se evaluarán en el 1º semestre del período 3 según las metas provinciales para los indicadores de medio término detalladas en el Anexo XI

229. Las metas de los Indicadores de Medio Término se reflejarán en los Compromisos de Gestión Anuales. En todos los casos serán metas fijadas para cada año y sobre las líneas de base de cada Provincia.

230. El grado de cumplimiento de las metas acordadas para dichos indicadores influye sobre la posibilidad de utilizar los RD.

231. La Provincia participante enviará a la UC la información correspondiente a la evolución de los Indicadores de Medio Término de acuerdo a lo establecido en cada caso y especificado en el cuadro siguiente.

232. A continuación se detallan los mencionados indicadores:

Indicadores de resultado	Descripción del indicador	Operacionalización de la medición	Fuente de Información
Todas las Provincias tiene un 95% de la población de hasta 12 meses inmunizada en cada una de las siguientes vacunas: (Cuádruple, Triple Viral, Hep-b, BCG)	Nº de niños de 12 meses inmunizados con vacuna triple viral / Nº de niños menores de 12 meses.	La medición será inicialmente bianual y sólo si no se alcanzan las metas previstas la medición será anual. Se realizará durante los últimos 30 días del 1º cuatrimestre del 3º año A nivel provincial: los centros vacunatorios remitirán la información a la provincia mensualmente.	Programa Provincial de Inmunizaciones
	Nº de niños menores de 12 meses inmunizados con vacuna BCG / Nº de niños menores de 12 meses.		
	Nº de niños menores de 12 meses inmunizados con vacuna Cuádruple / Nº de niños menores de 12 meses.		
	Nº de niños menores de 12 meses inmunizados con		

REGLAMENTO OPERATIVO FESP

Indicadores de resultado	Descripción del indicador	Operacionalización de la medición	Fuente de Información
	vacuna Hep-B / N° de niños menores de 12 meses.	A nivel nacional: la provincia remitirá trimestralmente los informes al PAI.	
90% de los casos notificados por el sistema de vigilancia de rubéola, sarampión y SUH están siendo investigados según normas de procedimiento *	<p>N° de casos de rubéola investigados, según normas de procedimiento/ N° de casos de rubéola notificados por el sistema de vigilancia.</p> <p>N° de casos de sarampión investigados, según normas de procedimiento/ N° de casos de sarampión notificados por el sistema de vigilancia.</p> <p>N° de casos de SUH investigados, según normas de procedimiento/ N° de casos de de SUH notificados por el sistema de vigilancia.</p>	<p>La medición será inicialmente bianual y sólo si no se alcanzan las metas previstas la medición será anual. Se realizará durante los últimos 30 días del 1° cuatrimestre del 3° año</p> <p>La actualización de la información será conforme al SNVS</p>	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS)
85% de casos diagnosticados a través del examen directo positivo, están recibiendo tratamiento DOTS.	N° de casos diagnosticados a través de baciloscopia positiva, recibiendo tratamiento DOTS / N° de casos de baciloscopia positiva notificados en el período determinado.	<p>La medición será inicialmente bianual y sólo si no se alcanzan las metas previstas la medición será anual. Se realizará durante los últimos 30 días del 1° cuatrimestre del 3° año</p> <p>A nivel provincial: los Hospitales y servicios de salud que brindan tratamiento remitirán la información a la provincia en forma trimestral.</p> <p>A nivel nacional: la provincia remitirá trimestralmente los informes al PNTBC.</p>	Programa Nacional de Tuberculosis (PNTBC)
750 Municipios miembros de la Red de	N° de Municipios miembros de la Red / N° de Municipios del País.	La medición será inicialmente bianual y sólo si no se alcanzan las metas previstas la	Unidad Coordinadora de la red del PMCS.

REGLAMENTO OPERATIVO FESP

Indicadores de resultado	Descripción del indicador	Operacionalización de la medición	Fuente de Información
Municipios Saludables	Nº de Municipios titulares de la Red / Nº de Municipios miembros de la Red.	medición será anual. Se realizará durante los últimos 30 días del 1º trimestre del 3º año	

▸ **Componente 4**

233. El indicador a evaluar a partir del período 2 de implementación del Proyecto, es el Porcentaje de los Compromisos de Gestión Anual firmados con las provincias cumplidos en condiciones adecuadas.

234. La meta a alcanzar para este indicador es el 50% de los Compromisos de Gestión Anual firmados cumplido en condiciones adecuadas,

235. Se entiende por condiciones adecuadas el cumplimiento de los requisitos por parte de las provincias y la Nación para la firma del Compromiso de Gestión Anual y su ejecución global, según las normas y procedimientos establecidos en el Convenio Marco y el Reglamento Operativo.

236. La OPS será el organismo externo que estará a cargo de la evaluación de este indicador.

8.3 Indicadores de monitoreo

237. Son indicadores que evalúan la implementación del proyecto. Se evalúan anualmente y no están sujetos a ninguna restricción en caso de no cumplimiento. Se aplican a los Componentes I y III, con la finalidad de que sean indicadores cuyo cumplimiento traccione el desarrollo y cumplimiento de las metas estipuladas para los indicadores de desarrollo final del Proyecto.

	Asunto sanitario que valora	Descripción del indicador de monitoreo	Definición operativa de la medición	Fuente de Información
Componente 1				
I	Cantidad total de nodos (C2, UC, SIVILA) con Módulos de SNVS en funcionamiento	Nº total de nodos (C2, UC, SIVILA) con módulos de SNVS en funcionamiento / Nº total de nodos implementados.	La medición será anual a través de los reportes del SNVS	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS)

REGLAMENTO OPERATIVO FESP

	Asunto sanitario que valora	Descripción del indicador de monitoreo	Definición operativa de la medición	Fuente de Información
II	Cantidad de jurisdicciones y Hospitales en Red informatizada con el Programa Nacional de Sida	Nº de jurisdicciones y hospitales en red informatizada / Nº total de jurisdicciones y hospitales	La medición se hará anualmente a través de los reportes del Sistema implementado por el Programa Nacional de Sida	Programa Nacional de Sida (PNHIV)
III	Cantidad de provincias con equipos en Promoción de la Salud y Educación para la Salud, interdisciplinarios constituidos, con un mínimo de 3 profesionales	Nº de provincias con equipos formados / Nº de de provincias	La medición se hará anualmente a través de los informes elevados por la Dirección Nacional de Promoción y Protección de la Salud.	Dirección Nacional de Promoción y Protección de la Salud.
Componente 3				
IV	Cantidad de Servicios de Salud Sexual y Procreación Responsable Supervisados	Nº de servicios de ssypr supervisados / Nº total de servicios de ssypr por provincia	La medición será anual y se tomará como fuente de información los informes elevados por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable	Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable
V	Cantidad de Viviendas Fumigadas con ataque químico para Chagas	Nº de manzanas fumigadas / Nº total de manzanas por provincia	La medición será anual y se tomará como fuente de información los informes elevados por la Dirección Nacional de Epidemiología, Programa Nacional de Chagas	Dirección Nacional de Epidemiología, Programa Nacional de Chagas

	Asunto sanitario que valora	Descripción del indicador de monitoreo	Definición operativa de la medición	Fuente de Información
VI	Cantidad de colectas realizadas alcanzando el % del requerimiento de donaciones anuales provinciales	N° de colectas realizadas / N° de colectas requeridas anualmente a nivel provincial.	La medición será anual y se tomará como fuente de información los informes elevados por el Programa Nacional de Sangre Segura	Programa Nacional de Sangre Segura

9. Salvaguardas

9.1 Salvaguarda. Pueblos Indígenas

238. Si bien el Proyecto no está diseñado específicamente para pueblos indígenas, ya que su población objetivo alcanza a toda la población, propone un enfoque particular que permita aproximarse y actuar sobre la cuestión indígena desde una concepción de interculturalidad, que resulte más apropiada al contexto social de estos pueblos, lo cual será de beneficio mutuo para la población y para los objetivos del Proyecto.

239. El Marco de Planificación para Pueblos Indígenas (MPPI) se elaboró desde una perspectiva de inclusión social, que permite hacer aún más eficiente y equitativa la acción del Proyecto sobre este sector poblacional históricamente excluido y disperso en las distintas provincias del país. Este documento recoge los principios de la propuesta de intervención y propone instrumentos de acción que posibiliten y aseguren que se extiendan a los pueblos indígenas los beneficios del Proyecto, con una mirada más específica a sus valores y pautas culturales.

240. Teniendo en cuenta la normativa descripta y las características particulares de sus gobiernos provinciales, las provincias adheridas identificadas diseñarán mecanismos para la participación y consulta previa sobre la implementación del Proyecto en las comunidades indígenas de sus respectivas provincias, lo cual se verá plasmado en los Planes Provinciales de Poblaciones Indígenas (PPI) respectivos y que son parte constitutiva del Compromiso de Gestión Anual.

241. Asimismo, las provincias deberán prever un mecanismo de divulgación de los PPI preparados, con medios de verificación adecuados (como evaluaciones participativas, actas, informes, entrevistas, archivos fotográficos, audio y otros) que contengan las sugerencias y/o demandas que puedan surgir de las distintas comunidades, de manera que puedan ser utilizadas como base para futuras

capacitaciones y como insumos para el sistema de monitoreo y evaluación correspondientes.

242. Aquellas provincias que aplican para el MPPI, estarán comprometidas en los respectivos Convenios Marco, a proceder a la evaluación social de las comunidades de pueblos indígenas existentes en sus respectivas provincias y a preparar los PPI de conformidad con las disposiciones del Marco de Planificación.

243. Los Convenios Marco reflejarán la obligación de las provincias de: (a) instrumentar los arreglos interinstitucionales que fueren necesarios de acuerdo a la evaluación social efectuada con las entidades indígenas provinciales, e (b) incorporar las recomendaciones de los estudios nacionales previstos en el segundo año de ejecución en los Compromisos de Gestión Anuales

244. No todas las Provincias adheridas al Proyecto se enmarcan dentro de los criterios de la normativa del BIRF correspondiente (OP 4.10). A partir de estos criterios, se definió la aplicación del MPPI en las provincias de: Catamarca, Chaco, Chubut, Formosa, Jujuy, La Pampa, Misiones, Mendoza, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, Santiago del Estero, Tierra del Fuego y Tucumán.

245. Si durante la implementación del Proyecto fueran identificadas nuevas comunidades indígenas en las provincias adheridas, las mismas se comprometen a realizar la correspondiente evaluación social y consulta a la comunidad identificada y a preparar, de corresponder, el PPI para alcanzar las mismas con los servicios del Proyecto.

246. Tanto la evaluación social, como las acciones establecidas en los PPI correspondientes a cada Provincia y que forman parte del Compromiso de Gestión Anual de la misma, serán financiadas desde el Componente 1 del Proyecto.

247. La Evaluación Social sobre Pueblos Indígenas que realice cada provincia identificada se realizará conforme al Anexo A de la OP 4.10, especificando además la siguiente información:

- a. Características demográficas: franja etárea, género, urbano/rural, tasas de fecundidad, migración, masculinidad.
- b. Aspectos relacionados con la salud; tasa de mortalidad general; tasa de mortalidad materna; tasa de mortalidad infantil; enfermedades prevalentes; red prestacional existente para la atención de las comunidades indígenas; evaluación de la oferta y la demanda; accesibilidad geográfica, cultural y económica; distintos conceptos de salud y enfermedad; sistema tradicional de conocimientos y prácticas sobre la salud y la enfermedad; relaciones de género, comportamiento sexual y reproductivo, parto institucional; indicadores de salud de la población indígena; cobertura de salud y enfoque sociocultural frente a las

enfermedades del programa FESP

248. Para aquellas provincias que deban implementar el Marco de Planificación para Pueblos Indígenas, se prevé una adecuación de las ASP si fuera necesario.
249. En la preparación de los planes provinciales (PPI) se tendrá en cuenta en las etapas de implementación, seguimiento y evaluación las estrategias de difusión y comunicación específicas y adecuadas para los pueblos indígenas que garanticen el pleno conocimiento del Proyecto. En cada caso en particular se preverá: (i) material en lengua originaria, (ii) capacitación de agentes inscriptores para la inscripción en estas poblaciones; (iii) campañas de difusión y divulgación; (iv) mecanismos de consulta y reclamos tanto a nivel nacional como provincial; (v) capacitación para el personal de efectores de salud para la atención de beneficiarios pertenecientes a comunidades y (vi) la descripción de la modalidad específica de entrega de los servicios del CPPE-SLP prevista para cada comunidad.

9.2 Salvaguarda Ambiental

250. El Proyecto recibió Categoría B según la normativa del BIRF, debido a que se identificó un potencial impacto ambiental, en el Manejo de Residuos de Establecimientos de Salud (RES) en dos (2) de las cuarenta y cinco (45) ASP. Estas dos actividades están relacionadas con la vacunación anti Hepatitis B, vacunación triple viral en niños de 11 años y los operativos de colecta de sangre de donante voluntario.
251. Otro aspecto considerado en la evaluación ambiental es la mejora o construcción de laboratorios de salud pública en instalaciones hospitalarias que están actualmente en funcionamiento, y que implican una consideración de los aspectos ambientales directamente relacionados.
252. En función de tales aspectos, el Marco de Planificación de la Evaluación Ambiental indica que debe existir resguardo ambiental considerando la relación aspecto/impacto sobre las siguientes actividades:
- a. Vacunación anti Hepatitis B y vacunación triple viral en niños de 11 años (incrementándose el número de niños vacunados – y aumento en número de bolsas de sangre de donantes voluntarios).
 - b. La mejora o construcción de laboratorios de salud pública en instalaciones hospitalarias que están actualmente en funcionamiento
253. En el primer caso donde la respuesta debe estar orientada hacia la gestión de residuos infecciosos en hospitales y centros de atención primaria será prioritario realizar la adecuación de los establecimientos de salud a la gestión segura de sus

residuos. Se tomará como referencia un hospital por cada provincia que adhiera al Proyecto y sobre el mismo se realizará un diagnóstico de gestión de residuos y las correspondientes recomendaciones de adecuación, incluyendo en cada caso un curso de capacitación en manejo adecuado de RES.

254. La intervención se realizará en base al Estudio de Hospitales asistidos por PROMIN, considerando los criterios definidos como adecuada gestión de RES, metodología para el diagnóstico, etc. La adecuada gestión de RES comprende un conjunto de acciones destinadas al manejo y disposición segura de los residuos del establecimiento de salud: *clasificación, segregación diferenciada, planificación de sectores de almacenamiento primario, contenedores seguros e identificados, bolsas reglamentarias, rutas de recolección determinadas, identificación de zonas de riesgo, cartelería recordatoria, condiciones del local para el almacenamiento transitorio, auditorías internas, transporte y tratamiento, visita a las empresas de tratamiento, registro de generación de residuos, capacitación del personal, instrumentos legales, entre otras.*
255. Para la implementación ambientalmente segura del Plan Operativo Anual (POA) del ANLIS se tendrán en cuenta determinados aspectos ambientales bajo los cuales debe desarrollarse la actividad de los laboratorios.
256. Para ello es necesario conocer el estado ambiental actual de los establecimientos en los cuales se realizarán las obras. En primera instancia, serán evaluados los laboratorios dependientes del Ministerio de Salud, para generar un diagnóstico de base de los aspectos formales de cumplimiento legal. Los laboratorios afectados a este diagnóstico serán: a) Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI), en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; b) Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas (INEVH) "Dr. Julio Maiztegui", en la Ciudad de Pergamino, provincia de Buenos Aires ; c) Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni" (INER), en la provincia de Santa Fe y el Instituto Nacional de Epidemiología (INE) "Dr. Juan H. Jara" en la Ciudad de Mar del Plata, Buenos Aires. Se considerará este diagnóstico como Informe Preliminar, el cual estará a disposición en Febrero/07.
257. En segunda instancia, se realizará una evaluación sistemática y detallada mediante la metodología de Revisión Inicial Ambiental (RIA). Los establecimientos sometidos a RIA serán los 4 laboratorios nacionales antes mencionados y los 12 laboratorios de salud pública provinciales.
258. Asimismo, en todos los laboratorios que realicen reformas en su infraestructura o todo otro nuevo laboratorio recibirá capacitación en gestión ambiental de laboratorios, principalmente en gestión de residuos sólidos, líquidos y gaseosos y en protección del personal frente a la exposición a tóxicos.
259. Para la construcción de los nuevos laboratorios (como en todos los otros aspectos)

se tendrá en cuenta la normativa ambiental vigente, especialmente en cuanto a requerimientos de infraestructura para el almacenamiento transitorio seguro de residuos peligrosos y tratamiento de efluentes líquidos. Asimismo, será prevista la provisión de cartelería e identificación adecuada en zonas de riesgo.

260. Todo el personal destinado a estos laboratorios será capacitado en gestión de residuos, de acuerdo a sus funciones específicas.
261. Se prevé el desarrollo de las Revisiones Iniciales Ambientales en los cuatro Institutos en el primer año del POA, destinando los años consecutivos a las restantes RIAs y a realizar las capacitaciones sistemáticas previstas.
262. Se debe tener en cuenta la asignación de recursos para realizar las actividades previstas en los párrafos precedentes. Dichos recursos serán destinados al personal técnico que realiza las RIAs, los análisis físico-químicos de aire, agua y suelo que se estime necesario realizar, viajes de profesionales y material de capacitación.
263. El MSN a través del Proyecto habilitará un espacio de la página web del Ministerio www.msal.gov.ar para exponer la política del Organismo en materia de residuos de establecimientos de salud.