CONVENIO MARCO DE ADHESIÓN A LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD

Entre el MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, en adelante la "NACIÓN" representado por el Sr. Ministro de Salud, Dr. Adolfo Rubinstein, con domicilio en Avenida 9 de Julio N° 1925, 2º Piso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por una parte; y por la otra la provincia de La Pampa, en adelante la "PROVINCIA", representada por el Sr. MINISTRO DE SALUD PROVINCIAL, Dr. Mario Kohan, con domicilio en la calle 9 de Julio equina Gonzalez, Santa Rosa, provincia de La Pampa respectivamente, en adelante las "PARTES", convienen en celebrar el presente Convenio Marco para la implementación de la COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD (en adelante "CUS") en el territorio provincial, en el marco de la estrategia aprobada por Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 908 de fecha 2 de agosto de 2016 y la Resolución del Ministerio de Salud N° 475 de fecha 14 de abril de 2016, y a tenor de las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA. Objeto.

El presente Convenio Marco tiene por objeto la adhesión de la "PROVINCIA" a los principios básicos establecidos en el marco normativo citado en el encabezamiento, ello en un todo de acuerdo con lo expresado en el Anexo "Estrategia de Implementación de la Cobertura Universal de Salud", el cual integra el presente CONVENIO; así como determinar los elementos necesarios para su implementación en el territorio provincial. ----------

CLÁUSULA SEGUNDA. Ejes estratégicos.

Para dar cumplimiento al objeto de la Cláusula Primera las "PARTES" identifican como prioritario trabajar en pos de los siguientes ejes estratégicos:

1.- Ampliación de cobertura territorial con asignación de la población en las áreas programáticas de los centros de atención primaria de la salud (CAPS) a cargo de equipos de salud familiar y comunitaria.----------

2.- Desarrollo de sistemas de información interoperables, historia clínica digital y aplicaciones informáticas.----------

3.- Monitoreo y evaluación de indicadores de calidad y metas acordadas entre Nación y Provincia para líneas de cuidado priorizadas. ----------

Los ejes mencionados se encuentran desarrollados en el Anexo. Sin perjuicio de lo expresado, las "PARTES" podrán priorizar nuevos ejes estratégicos por medio de la suscripción de los acuerdos específicos a que hace referencia la cláusula quinta.----------

CLÁUSULA TERCERA. Obligaciones de la "PROVINCIA".

Para lograr el desarrollo y ejecución del presente Convenio Marco la "PROVINCIA" se compromete a:

1. Designar una autoridad responsable de la implementación de la "CUS" en el ámbito de la "PROVINCIA", cuya responsabilidad será gestionar los medios necesarios para articular con las distintas áreas del Ministerio de Salud provincial involucradas, así como con los programas provinciales y nacionales a los fines del cumplimiento del objeto del presente Convenio. Asimismo, será el interlocutor con el equipo de la "NACIÓN", para llevar adelante el plan de implementación de la CUS, liderando la elaboración de un diagnóstico de situación así como en la formulación del plan de trabajo para la implementación de acciones específicas tendientes a disminuir las brechas identificadas en el diagnóstico, en línea con los ejes mencionados en la cláusula segunda. ----------

2.-Coordinar y organizar las acciones y recursos provenientes de los Programas Nacionales con financiamiento internacional, bajo una misma dependencia del Ministerio de Salud provincial con el fin de potenciar las sinergias, evitar redundancias y optimizar sus recursos para orientarlos a la implementación de la "CUS", alineada a los ejes de trabajo mencionados en la cláusula segunda. ----------

3- Articular la implementación de los Programas Nacionales (incluidos los de financiamiento internacional y los nacionales tales como el Programa de Salud Familiar-ex Programa de Equipos Comunitarios) y otros programas territoriales con los programas y áreas provinciales orientadas a la atención primaria de la salud; con las áreas de capacitación de equipos de

salud; y con las áreas de sistemas de información e informática de los Ministerios de Salud provinciales, a los efectos de hacer efectivos los ejes estratégicos definidos en la cláusula segunda.

4.- Cofinanciar el desarrollo de las obligaciones que se desprendan del presente Convenio o de los Acuerdos Específicos que se suscriban en el marco del presente. ----------

CLÁUSULA CUARTA. Obligaciones de la "NACIÓN".

A los efectos del cumplimiento del presente la "NACIÓN" se compromete a:

1.- Brindar a la "PROVINCIA" asistencia técnica y financiera para el diseño e implementación de la "CUS", a través de los Programas Nacionales u otras fuentes de financiamiento vigentes o Acuerdos Específicos.----------

CLÁUSULA QUINTA. Acuerdos específicos.

Las "PARTES" podrán suscribir Acuerdos Específicos que resulten necesarios para el cumplimiento del objeto del presente.

Dichos Acuerdos podrán ser suscriptos por el titular de la Secretaría de Coberturas y Recursos de Salud del Ministerio de Salud de la Nación, en representación de la "NACIÓN".

Al momento de la suscripción de los Acuerdos Específicos que se realicen como consecuencia del presente, las "PARTES" podrán incorporar a otros organismos del Estado, quienes a su vez tendrán la facultad de asumir obligaciones tendientes al cumplimiento del objeto del presente Convenio. ----------

CLÁUSULA SEXTA.

El presente Convenio Marco y los Acuerdos Específicos que se suscriban en consecuencia no generan vínculo alguno entre la "NACIÓN" y el personal afectado por la "PROVINCIA" a estas actividades, no creando relación laboral de dependencia, de principal y agente o contractual alguna entre la "NACIÓN" y dicho personal, eximiendo la "PROVINCIA" a la "NACIÓN" de toda responsabilidad por reclamos de cualquier tipo (laborales, daños y perjuicios y/o contractuales)

por parte de cualquiera de los integrantes del equipo de salud contratados, dependientes o vinculados de cualquier otro modo con la "PROVINCIA". La "NACIÓN" no asume responsabilidad alguna sobre aportes previsionales, cargas sociales, seguros de vida, enfermedades, accidentes de viaje u otro seguro que eventualmente pueda corresponder o ser necesarios o convenientes para los miembros del equipo de salud, sean dependientes o contratados, de la "PROVINCIA" en cumplimiento de este Convenio Marco.----------

La "PROVINCIA" responderá directa, exclusiva y excluyentemente, y en su caso indemnizará a la "NACIÓN" en todos los juicios, reclamos, demandas y responsabilidades de toda naturaleza y especie, incluidas las costas y gastos que se deriven de actos y/u omisiones de los miembros del equipo de salud dependientes o contratados de la "PROVINCIA" responsabilizándose de toda consecuencia dañosa causada por toda acción u omisión o derivada de las prácticas médicas y/o paramédicas, y/o del incumplimiento y/o del cumplimiento defectuoso de cualquier obligación emergente del presente convenio.----------

CLÁUSULA SÉPTIMA.

El presente Convenio Marco tendrá una vigencia de 2 (DOS) años a partir de su suscripción. Se renovará automáticamente por iguales períodos sucesivos, salvo manifestación en contrario de alguna de las "PARTES" la que deberá ser comunicada por medio fehaciente con una antelación no menor de SESENTA (60 días) anteriores al vencimiento.----------

CLÁUSULA OCTAVA.

En caso de incumplimiento del presente convenio por parte de la "PROVINCIA", la "NACIÓN" intimará por medio fehaciente, otorgándole un plazo de SESENTA DÍAS (60), a fin de ejecutar las obligaciones incumplidas. En caso de que luego de cumplido el plazo mencionado, la provincia no hubiere cumplido con la ejecución de sus obligaciones, la "NACIÓN" podrá declarar unilateralmente la caducidad del presente Convenio, sin necesidad de intimación ni interpelación judicial alguna, conforme el Art. 21 de la LNPA N° 19.549. La caducidad conllevará el cese instantáneo de todas las actividades y obligaciones que se hayan generado en virtud del presente Convenio, como la asistencia técnica y financiera a través de los Programas Nacionales

vigentes, así como de aquellas obligaciones que se generen a partir de los Acuerdos Específicos que en virtud del presente se suscriban. ----------

En caso de incumplimiento del presente por parte de la "NACIÓN", la "PROVINCIA" intimará por medio fehaciente otorgando un plazo de SESENTA (60) DIAS, a fin de ejecutar las obligaciones cumplidas. Luego de cumplido dicho plazo la "PROVINCIA" podrá declarar unilateralmente la caducidad del presente sin necesidad de intimación judicial ni interpelación alguna.

CLÁUSULA NOVENA (SÓLO PARA LAS PROVINCIAS QUE SUSCRIBIERON EL CONVENIO ANTERIOR).

Las "PARTES" convienen de común acuerdo dejar sin efecto en este acto el "CONVENIO MARCO DE COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD" suscripto entre ellas el día .... de ..... 201..... Ello, sin generar ningún derecho a indemnización ni obligación de resarcimiento de ningún tipo. Asimismo, las "PARTES" manifiestan no tener ningún reclamo ni derecho pendiente entre sí por ningún concepto por la ejecución del Convenio que aquí se rescinde ni por su rescisión.----------

CLÁUSULA DÉCIMA.

A todos los efectos legales que pudieran corresponder las "PARTES" constituyen domicilio en los lugares indicados en el encabezamiento del presente, donde se tendrán por válidas todas las notificaciones y diligencias que se realicen. Así mismo, las "PARTES" se someten a la competencia originaria de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, según lo dispuesto por el art. 117 de la Constitución Nacional.----------

En prueba de conformidad se firman 2 (DOS) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, a los 1 días del mes de JUNIO de 2018.

MINISTRO DE SALUD DE LA NACIÓN

Dr. ADOLFO RUBINSTEIN
MINISTRO
MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

Dr. MARIO R. KOHAN
MINISTRO DE SALUD

MINISTRO DE SALUD LA PAMPA

ANEXO

"Estrategia de Implementación de la Cobertura Universal de Salud"

El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud de la Nación, estableció como una de sus políticas sustanciales a partir de 2016[1], avanzar en el camino hacia la Cobertura Universal de Salud (CUS). De acuerdo con su marco normativo[2], instruye a todos los Programas nacionales dependientes del Ministerio a colaborar y coordinar su accionar con la implementación y el desarrollo de esta estrategia.

La Cobertura Universal de Salud (CUS) consiste en asegurar que todas las personas reciban los servicios de salud que necesitan, con adecuado acceso y calidad y sin tener que sufrir penurias financieras para pagarlos (OMS 2010, ONU 2015). Bajo la concepción de que la salud es un derecho humano fundamental y la equidad es un aspecto primordial para hacerlo efectivo, la CUS implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos y de calidad, así como a medicamentos seguros, eficaces y asequibles, sin que los usuarios se expongan a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.

En Argentina el derecho al acceso a los establecimientos públicos, entendido como la capacidad de utilizar los servicios de salud sin que existan barreras administrativas, organizacionales, geográficas, financieras, culturales o de género, es universal.

Sin embargo, el concepto de cobertura implica acceder a los servicios con continuidad de la atención, integralidad, coordinación de cuidados, con efectividad, equidad y calidad.

Por lo tanto, el camino hacia la "CUS" constituye un proceso que implica reducir las brechas de inequidad en el acceso a los servicios de salud entre las jurisdicciones y entre los tipos de cobertura (pública, privada y de la seguridad social), para que todas las personas tengan un cuidado integral en salud equitativo que garantice estándares de calidad, independientemente de dónde vivan, el tipo de cobertura sanitaria o su condición socioeconómica.

1La implementación de la CUS es una de las 100 iniciativas prioritarias del gobierno nacional para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS).

2**Resolución Ministerial N°475/16**. Se instruye a todos los programas nacionales del MSAL a coordinar su accionar con la implementación de la CUS. http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/260000-264999/261130/norma.htm

Decreto N°908/16 PEN. Se establece un destino excepcional del Fondo Solidario de Distribución y crea un fideicomiso; y define la Estrategia CUS. http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/260000-264999/264047/norma.htm

Resolución Ministerial N° 840/17. Constituye el Fideicomiso creado por Decreto 908/17 http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/275000-279999/276747/norma.htm

Resolución Ministerial N° 1552/17. Aprueba el Reglamento Operativo de la Unidad Ejecutora del Fideicomiso antes mencionado. http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/275000-279999/279964/norma.htm

Considerando que alcanzar la CUS es un proceso y que el rol del Ministerio de Salud de la Nación, en cuanto su responsabilidad en la rectoría del sistema de salud, está orientado a disminuir las disparidades sanitarias, se presentan los siguientes ejes estratégicos para trabajar en conjunto Nación-Provincia.

1. Población a cargo de equipos de salud familiar y comunitaria

Uno de los ejes que el Ministerio de Salud de la Nación propone a las jurisdicciones es trabajar en conjunto en una Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria (ESFyC), para fortalecer la cobertura territorial a nivel nacional.

La ESFyC propone un conjunto de acciones de salud en el primer nivel de atención, en el ámbito individual y colectivo, que abarcan la promoción y la protección de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y el mantenimiento de la salud. Fomenta el ejercicio de prácticas de gestión participativa, bajo la forma de trabajo en equipo, dirigidas a poblaciones de áreas programáticas delimitadas, a través de las cuales asumen la responsabilidad sanitaria, considerando el contexto y cultura existente en el territorio donde viven dichas poblaciones.

Utiliza tecnologías y saberes que deben resolver los problemas de salud de mayor prevalencia e importancia en su territorio y brinda primer contacto, accesibilidad, integralidad, continuidad y longitudinalidad y coordinación de cuidados a una población definida a cargo de un médico de cabecera y de un equipo de salud que promueva la participación activa de la comunidad. Se trata de un proceso de cuidado centrado en la persona y sus necesidades, fomentando el desarrollo de sus saberes y capacidades con el propósito de generar mayor autonomía en el cuidado de su salud y toma de decisiones respecto al automanejo de su enfermedad.

El concepto de población definida a cargo de un Equipo de Salud Familiar y Comunitaria se refiere a la asignación de población a un equipo que tiene la responsabilidad sanitaria asociada a la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y resolución de situaciones de salud de alta prevalencia, así como la coordinación de los cuidados con los demás niveles de atención.

En esta dirección, se propone una organización de la atención mediante *equipos nucleares* a cargo de un médico de atención primaria (preferentemente de familia o general, clínico o pediatra), enfermero/a y un agente sanitario. También se propone la organización de equipos ampliados de apoyo, que incluyan otros profesionales tales como, odontólogos, nutricionistas, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros.

Dichos equipos podrán ser conformados a la medida de las jurisdicciones, contando con el apoyo de la Nación para la formación, reconversión e incentivación de los recursos humanos en salud que integren los Equipos de Salud Familiar y Comunitaria.

La asignación de población también requiere la definición de áreas de responsabilidad[3] por cada establecimiento de salud y al interior de cada establecimiento, la asignación del cuidado de cada persona entre los integrantes del equipo de salud. Las ventajas de que cada persona cuente con un establecimiento de salud de referencia y un Equipo de Salud Familiar y Comunitaria, son numerosas. Favorece el conocimiento integral de la salud y los determinantes sociales de la población por parte del equipo de salud así como potencia el vínculo entre las personas que utilizan los servicios de salud y el equipo de salud, promoviendo la continuidad de la atención.

Entre algunos de los procesos que deben desarrollarse para lograr ampliar la cobertura territorial, figuran la "nominalización" y la "georreferenciación".

La "nominalización" no solo implica definir la cantidad de personas que pueden utilizar los servicios de salud sino la identificación unívoca, sistemática y metódica de todas y cada una de ellas. Asimismo, constituye una condición necesaria para que los Equipos de Salud Familiar y Comunitaria puedan proveer servicios integrales, adaptados a sus necesidades. Este proceso debe incluir además, la realización de un barrido del área programática para identificar los hogares con personas sin cobertura explícita y un diagnóstico sociosanitario así como su actualización regular a los fines de identificar personas en riesgo y planificar los cuidados preventivos haciendo foco en aquellos grupos familiares más vulnerables.

Por su parte, la "georreferenciación" de población consiste en asignar a las personas una ubicación espacial (usualmente a sus domicilios) en función de un sistema de coordenadas y a través de un procesamiento informático que asocia a los individuos con las áreas programáticas de responsabilidad de los establecimientos. Esta herramienta contribuye al seguimiento de la salud de las personas, a identificar patrones de distribución espacial de factores de riesgo, construir mapas con indicadores que permitan un seguimiento a nivel local. También permite la evaluación de impacto en las intervenciones en salud, la vigilancia y monitoreo en salud pública.

El abordaje comunitario se ve facilitado cuando es posible identificar nominalmente la población. En los sistemas de salud en los cuales los equipos de salud tienen a su cargo una población definida las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como el reconocimiento y manejo sistematizado de los problemas de su población, son mucho más eficientes. Por ello, el Ministerio de Salud de la Nación propone colaborar con las jurisdicciones en el desarrollo e implementación de procesos y herramientas que favorezcan los procesos de nominalización, georreferenciación, y asignación de población a Equipos de Salud Familiar y Comunitaria.

3 Ámbito geográfico de cobertura asignado a un establecimiento de salud

2.- Sistemas de Información Interoperables y aplicaciones informáticas

Constituye otro eje fundamental hacia la CUS, el desarrollo o fortalecimiento de los sistemas de información. Esto implica trabajar en pos de definir indicadores reportables para el monitoreo y evaluación del proceso de atención y estándares de interoperabilidad para los diferentes sistemas existentes, contando con reportes periódicos. Contar con una historia clínica electrónica constituye la plataforma para mejorar la continuidad de los cuidados de las personas en los diferentes niveles de complejidad del sistema de atención.

Actualmente en nuestro país, las historias clínicas están fragmentadas por instituciones, jurisdicciones o niveles de atención. Contar con registros nominalizados, longitudinales y únicos que articulen las diferentes historias clínicas en un documento único a nivel nacional, que incluya la historia de tratamientos, prestaciones, prescripciones, alergias, antecedentes clínicos de cada individuo, es una herramienta fundamental para mejorar la calidad de la atención médica.

La toma de decisiones de los profesionales en el punto de atención se basa en la información disponible, por lo cual, la fragmentación de la información clínica dificulta esta tarea. Contar con un sistema de información integrado posibilita el acceso a información actualizada y completa, así como disponer de sistemas de soporte a la toma de decisiones que previenen errores y omisiones, presentado como alertas por alergias, interacciones medicamentosas, prácticas preventivas pendientes, etc.

Desde la perspectiva de las políticas sanitarias, resulta clave facilitar una detección precisa de necesidades de la población, con registros nominalizados y georreferenciados, facilitando la planificación de los servicios de salud y el seguimiento de los indicadores priorizados de la CUS. Asimismo, es importante contar con información para evaluar el impacto de políticas implementadas.

Finalmente, los procesos de carga se simplifican, se elimina la doble carga existente (primero en la atención y luego el dato se duplica manualmente para facturación y estadísticas), redundando en una mejora de la calidad del dato, dado que la información cargada por el profesional en forma primaria tiene mejor calidad, llega más temprano y permite reutilizar el esfuerzo administrativo para otras tareas. Asimismo, contar con un sistema de facturación electrónica online para reporte y recupero de prestaciones a beneficiarios de la seguridad social o de seguros privados constituye una gran herramienta para la gestión de los recursos en el sistema público.

En esta dirección, el Ministerio de Salud de la Nación propone iniciar, junto con las jurisdicciones, el camino hacia un sistema de salud que cuente con tecnologías que faciliten el registro de la información en forma primaria durante el contacto con el paciente, en sistemas interoperables que permitan compartir la información entre niveles de atención y

jurisdicciones, construyendo para cada paciente una historia clínica nacional, longitudinal y completa, de utilidad clínica, estadística y de gestión.

3.- Monitoreo y evaluación de indicadores de calidad y metas acordadas entre Nación y Provincia para líneas de cuidado priorizadas

Complementando los ejes estratégicos anteriores, el camino hacia la CUS requiere trabajar en la calidad de los servicios de salud. En este sentido, el Ministerio de Salud de la Nación propone colaborar con las jurisdicciones en el análisis acerca de qué servicios se están brindando, con qué oportunidad y calidad, y si se adecuan a las necesidades de la población. También propone colaborar en la organización de los servicios de salud en red por niveles de complejidad creciente.

Llevar a cabo ambos procesos requiere explicitar los servicios que se brindan en cada una de las instituciones, desarrollar herramientas que faciliten el acceso (por ejemplo, turnos programados y protegidos) y establecer circuitos o recorridos por los cuales las personas deben transitar el sistema de salud, así como difundirlos a la población.

Una de las estrategias para alcanzar la cobertura explícita y reducir las brechas de inequidad intra e interjurisdiccionales consiste en definir líneas de cuidado prioritarias, entendidas como el conjunto de cuidados de calidad, continuos e integrales, ya sea en condición de salud o enfermedad, realizando un recorrido a través de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento y seguimiento de las enfermedades y sus complicaciones.

Para ser utilizadas en su máximo potencial requieren contar con una red de servicios de salud, en las que se articulen acciones sanitarias, un sistema de información prestacional y la implementación de guías de práctica clínica.

El modelo de líneas de cuidado, facilita el ordenamiento del sistema de salud, mejorando la sinergia institucional, facilitando la oportunidad de atención, reduciendo el costo del tratamiento, minimizando los errores en la toma de decisión clínica y logrando un buen nivel de satisfacción de la población atendida.

En este sentido, resulta clave la identificación de la población con riesgo asociado a cada línea de cuidado, la explicitación de los servicios, la utilización de guías de práctica clínica y el monitoreo de indicadores de utilización, procesos de atención y resultado sanitario, estableciendo metas y la asignación de recursos específicos. La construcción de líneas de cuidado implica además estandarizar todo el proceso de atención a fin de reducir la variabilidad de la práctica médica, desde la promoción hasta el diagnóstico y el tratamiento.

Algunos ejemplos de líneas de cuidado que se proponen priorizar son: atención de la embarazada y el niño, cuidado de cánceres prevalentes (mama, cérvicouterino y colon),

identificación y seguimiento de personas adultas con diabetes, hipertensión arterial o alto riesgo cardiovascular.