Gobierno de
Tierra del Fuego,
Antártida e Islas
del Atlántico Sur

Secretaría de Gestión de Redes Asistenciales
Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur - República Argentina

Cm0058

Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00060/2022
Pieza Administrativa E Nro. 81478- - 2022- 1728 - 0/ **Fecha: 07/12/22**
RAF 525 FE FDO. DE FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS SOCIALES MIN. SALUD **Apertura: 13/12/2022 14:00**

Encuadre Legal: LEY PCIAL. 1015-ART.18-f)
Nombre o Razón Social del Proponente: .....
Domicilio: .....
C.U.I.T: ..... **Teléfono:** .....
Correo electrónico: .....

Comentario : El presente trámite corresponde a una Contratación Directa por Adjudiación Simple, conforme lo establecido en:
Ley Pcial. Nº 1015 - Artículos 18º - Inciso f) y 36º
Resoluciones O.P.C. Nº 202/20 - Anexo IV (reglamentario del Artículo 36º de la Ley Pcial. Nº 1015) y Nº 017/21 - Anexo I - Capítulo I.b)
Disposición D.G.A.F. Nº 157/20

Notas de Pedidos Relacionadas: 2022/525 90 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe
1	**ANESTESISTA 1 USHUAIA. PESOS**			
>>	S/SERVICIO DE ANESTESISTAS DESTINADO AL HRU POR EL TÉRMINO DE DOCE (12) - CONFORME TAREAS DESCRIPTAS EN CONTRATO DE LOCACIÓN DE SERVICIOS	90000000.00	.....	.....
2	**ANESTESISTA 1 RIO GRANDE. PESOS**			
>>	S/SERVICIO DE ANESTESISTAS DESTINADO AL HRRG POR EL TÉRMINO DE DOCE (12) - CONFORME TAREAS DESCRIPTAS EN CONTRATO DE LOCACIÓN DE SERVICIOS	62400000.00	.....	.....

Memo (Nro: 3) - FORMULARIO DE COTIZACIÓN CONTRATACION DIRECTA

LA OFERTA DEBERÁ PRESENTARSE EN ORIGINAL (PRESENCIAL O VIA CORREO ELECTRONICO). SU PRESENTACIÓN Y EL HECHO DE COTIZAR Y FIRMAR EL PRESENTE FORMULARIO, IMPLICA EL PLENO CONOCIMIENTO Y ACEPTACIÓN DE TODOS Y CADA UNO DE LOS REQUERIMIENTOS DE LA PRESENTE CONTRATACIÓN, COMO ASÍ TAMBIÉN DE LAS OBLIGACIONES EMERGENTES DE LA ADJUDICACIÓN.

TODAS LAS HOJAS QUE CONFORMEN LA OFERTA DEBERÁN ESTAR FIRMADAS Y ACLARADAS POR EL OFERENT O POR EL REPRESENTANTE LEGAL DEL MISMO. ASIMISMO, LA OFERTA DEBERÁ ESTAR ACOMPAÑADA DEL CERTIFICADO PROTDF VIGENTE.

SE INDICA QUE LA OFERTA DEBERÁ COMPLETARSE UTIILIZANDO DOS DECIMALES EN LAS COLUMNAS DE CANTIDAD Y PRECIO, EN TODOS LOS RENGLONES QUE LA COMPONEN.

ADEMÁS, LA COTIZACIÓN DEBERÁ REALIZARSE SIN CONSIDERAR EL I.V.A., SEGÚN LEY NUMERO 19.640

DE SER NECESARIO, LOS REQUERIMIENTOS, PLAZOS DE CUMPLIMIENTO, Y OTRAS CONDICIONES Y ACLARACIONES ADICIONALES RELACIONADAS CON LA PRESENTE CONTRATACIÓN, SE DETALLARAN EN UN ANEXO ADJUNTO EN CASO DE CORRESPONDER.

Gobierno de
Tierra del Fuego,
Antártida e Islas
del Atlántico Sur

Secretaría de Gestión de Redes Asistenciales
Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur - República Argentina

Cm0058

Solicitud de Cotización

Compra Directa Nro. 00060/2022
Pieza Administrativa E Nro. 81478- -2022- 1728 - 0/ **Fecha: 07/12/22**
RAF 525 FE FDO. DE FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS SOCIALES MIN. SALUD **Apertura: 13/12/2022 14:00**

Encuadre Legal: LEY PCIAL. 1015-ART.18-f)
Nombre o Razón Social del Proponente: .....
Domicilio: .....
C.U.I.T: .....**Teléfono:** .....
Correo electrónico: .....

Comentario : El presente trámite corresponde a una Contratación Directa por Adjudiación Simple, conforme lo establecido en:
Ley Pcial. Nº 1015 - Artículos 18º - Inciso f) y 36º
Resoluciones O.P.C. Nº 202/20 - Anexo IV (reglamentario del Artículo 36º de la Ley Pcial. Nº 1015) y Nº 017/21 - Anexo I - Capítulo I.b)
Disposición D.G.A.F. Nº 157/20

Notas de Pedidos Relacionadas: 2022/525 90 -

Reng.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	Importe

TOTAL :$.....

Son Pesos:.....

.....
Firma y Sello Responsable

Los precios deberán expresarse en pesos hasta dos decimales ($_____,__)

Forma de Pago	CONFORME CONTRATO DE LOCACIÓN DE SERVICIOS
Plazo de Entrega:	CONFORME CONTRATO DE LOCACIÓN DE SERVICIOS
Mantenimiento de Oferta:	CONFORME DECRETO PCIAL. Nº 674/11 - ARTÍCULO 34º - APARTADO 47)
Lugar de Entrega:	San Martín Nº 15 - 3º Piso - 9410 - UHSUAIA - TDFAeIAS
Recepción de Sobres Cerrados hasta:	13/12/2022 - 14:00 hrs
Domicilio de presentación de ofertas:	San Martín Nº 15 - 3º Piso - 9410 - UHSUAIA - TDFAeIAS
Domicilio de apertura de ofertas:	San Martín Nº 15 - 3º Piso - 9410 - UHSUAIA - TDFAeIAS
Vigencia del Contrato:	DOCE (12) MESES
Garantía de Oferta:	NO SE REQUIERE
Requiere Muestra:	No
Flete a Cargo	-.-

Dra. Judit DI GIGLIO
Ministro
MINISTERIO DE SALUD

Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
****
MINISTERIO DE SALUD

ANEXO I – FORMULARIO DE COTIZACIÓN COMPRA DIRECTA N° 60/2022

(Expediente Electrónico N° MS-E-81478/2021)

La **Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, a través del Ministerio de Salud**, invita a la presentación de oferta para la CONTRATACIÓN DE LA ASOCIACIÓN FUEGUINA DE ANESTESIA, ANALGESIA Y REANIMACIÓN (A.F.A.A.R.), a fin de brindar el servicio de anestesiólogos, destinado a los Hospitales Regionales de la Provincia, contratación que se lleva adelante, conforme lo establecido en la Ley Provincial N° 1015 - Artículo - 18° - Inciso f), Decretos Provinciales N° 674/2011 y N° 05/2022; Resoluciones O.P.C. N° 202/2020 y N° 017/2021; Disposición D.G.A.F. N° 157/20; y de acuerdo a las pautas y condiciones particulares que se indican a continuación:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR – EN ORIGINAL Y/O COPIA AUTENTICADA – COMO PARTE INTEGRANTE DE LA OFERTA:

De la Asociación:

1) Estatuto o documentación que acredite la formación de la misma.
1) Documentación que acredite y avale al firmante del Convenio. En caso de tratarse de Apoderado/s, deberá asimismo presentar toda la documentación que lo acredite como tal y que lo avale como firmante del Convenio, donde conste la facultad para ofrecer el servicio en representación de la Asociación y a los fines del presente procedimiento de contratación (Poderes Especiales, etc.) (D.N.I., Poderes Especiales, etc.)
2) Constancia de Inscripción en A.F.I.P.
3) Constancia de Inscripción en A.R.E.F.
4) Certificado de Cumplimiento Fiscal de A.R.E.F.
5) Certificado de Inscripción como Proveedor del Estado (ProTDF).
6) Documentación que acredite la exclusividad del servicio, en caso de corresponder.
7) Constancia de C.B.U.

De los Profesionales que brindan el servicio:

1) Copia certificada del D.N.I.
1) Copia certificada de Título Profesional.
2) Copia certificada de Títulos de Especialidades que posea, vinculados al objeto de la contratación.
3) Copia certificada de Matrícula Profesional Provincial (en caso de no acreditar, verificar Punto 5)
4) Constancia de Matrícula Provincial en trámite y copia certificada de Matrícula Profesional de otra jurisdicción.
5) CV firmado en todas sus hojas, con detalle de prestaciones de servicios en relación de dependencia público o privado, actuales.

6) Póliza de Seguro por Mala Praxis vigente y su correspondiente constancia de pago.
7) Póliza de Seguro por Accidentes Personales vigente y su correspondiente constancia de pago.
8) Constancia de antecedentes penales, en su defecto Constancia de Certificado En Trámite
9) Toda documentación complementaria y aclaratoria que se considere necesaria y oportuna que hagan al objeto de la presente contratación, sin perjuicio de los instrumentos que oportunamente pueda requerir el Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Asuntos Jurídicos en Salud dependiente de la Subsecretaría de Asuntos Jurídicos en Salud.
10) El oferente deberá constituir, con carácter de Declaración Jurada, un domicilio especial y una dirección electrónica, en donde serán válidas todas las comunicaciones que se le cursaren en el marco del presente trámite (Se adjunta modelo).

Para consultas y adelanto de cotizaciones, dirigirse al siguiente correo electrónico: contratacionesdgajms@tierradelfuego.gov.ar

FIRMA DEL/LOS OFERENTE/S: _____

ACLARACIÓN: _____

C.U.I.T.: _____

DOMICLIO: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Dra. Judit DI GIGLIO
Ministro
MINISTERIO DE SALUD

Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
****
MINISTERIO DE SALUD

-M O D E L O-

DECLARACIÓN JURADA DE DOMICILIO ESPECIAL
Y CORREO ELECTRÓNICO

Al Ministerio de Salud

Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur:

Por medio de la presente [...], D.N.I. N° [...], en mi carácter de [...], de la empresa [...], vengo a informar con carácter de DECLARACIÓN JURADA, que el Domicilio Especial que constituyo a los efectos de la oferta presentada, correspondiente a la Contratación Directa N° [...], del Ministerio de Salud de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, es [...] de la ciudad de [...].

Por otro lado, constituyo como Correo Electrónico [...].

Asimismo, informo que cualquier notificación que se deba realizar a la [*Empresa/Institución/Fundación*] [...], en relación a la Compra Directa citada, deberán efectuarlas a las direcciones detallas.

Un saludo cordial.

.....
FIRMA

FIRMA DEL/LOS OFERENTE/S: _____

ACLARACIÓN: _____

C.U.I.T.: _____

DOMICLIO: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Dra. Judit DI GIGLIO
Ministro
MINISTERIO DE SALUD

Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
****
MINISTERIO DE SALUD

ANEXO II – FORMULARIO DE COTIZACIÓN – COMPRA DIRECTA N° 60/2022

(Expediente Electrónico N° MS-E-81478/2021)

-MODELO CONTRATO DE LOCACIÓN DE SERVICIOS DE ANESTESIA, ANALGESIA Y REANIMACIÓN-

Entre la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, representada en este acto por la Sra. Ministro de Salud, Dra. Judit Jésica Rosana DI GIGLIO, D.N.I. N° 28.371.957, con domicilio en calle San Martín N° 450 de la ciudad de Ushuaia, en adelante **"LA PROVINCIA"**, por una parte; y por la otra, la ASOCIACIÓN FUEGUINA DE ANESTESIA, ANALGESIA Y REANIMACIÓN (A.F.A.A.R.), representada en este acto por su Apoderado, Dn. Francisco Alfredo ORTENZIO, D.N.I. N° 25.193.866, según surge de Escritura Número Setenta y Nueve – F° 211 – Primer Testimonio – Poder General de Administración de fecha nueve (9) de marzo de 2018, con domicilio en calle Gobernador Deloqui N° 922 de la ciudad de Ushuaia, en adelante **"LA ASOCIACIÓN"**, denominadas conjuntamente **"LAS PARTES"**, acuerdan celebrar el presente Contrato sujeto a las siguientes Cláusulas: ----------

ANTECEDENTES:

- Que atento a lo previsto en la Ley Provincial N° 1015 - Artículo 18 - Inciso f) y su reglamentación; y conforme Decreto Provincial N° [.../22], resulta necesario contratar a profesionales anestesiólogos a través de LA ASOCIACIÓN que los nuclea, para lograr la total cobertura de los servicios de anestesiólogos, analgesia y reanimación en los Hospitales Regionales de LA PROVINCIA. ----------
- Que la contratación a realizar posibilitará brindar el servicio de anestesia, analgesia y reanimación en los Hospitales Regionales, que posee carácter necesario, esencial y altamente sensible para la estructura hospitalaria y los servicios de salud que dichos nosocomios brindan. ----------
- Que los integrantes de LA ASOCIACIÓN prestarán los servicios detallados en el presente Contrato en forma independiente y autónoma, sin que la presente contratación implique una relación laboral de dependencia. ----------
- Que la presente contratación obedece a razones de especialidad y estricta necesidad funcional, en atención a los antecedentes técnico-profesionales de los integrantes de LA ASOCIACIÓN. ----------
- Que la presente contratación, obedece al interés de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, en cuanto garante del derecho a la salud, de acuerdo a las Leyes Provinciales N° 1301 - Artículo 17° y N° 1400 - Artículo 4°. ----------

CLÁUSULA PRIMERA. OBJETO: LA ASOCIACIÓN, a través de sus asociados, que adhieren al presente Contrato mediante formulario que, como Anexo V forma parte integrante del presente, denominados en adelante LOS PROFESIONALES, se comprometen a garantizar la

prestación de los servicios médicos de anestesia, analgesia y reanimación durante las VEINTICUATRO (24) horas del día, los TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) días del año, en forma complementaria, proporcional y/o supletoria a aquellas brindadas por los anestesiólogos que se desempeñan bajo la figura de agentes de planta permanente de la Administración Pública Provincial; ello de acuerdo a las necesidades que LA PROVINCIA establezca en los Hospitales Públicos enumerados en el Anexo I del presente, cuyas prácticas, modalidad y prestaciones mínimas se describen en el Anexo II, que forma parte integrante del presente. ----------

CLÁUSULA SEGUNDA. PRESTACIONES MÍNIMAS: Sin perjuicio de las prestaciones mencionadas en la Cláusula PRIMERA, LA ASOCIACIÓN deberá garantizar la disponibilidad de TRES (3) anestesiólogos para cada nosocomio por cada día hábil, de acuerdo a las necesidades previstas y según el esquema de programación que se describe en la Cláusula OCTAVA. -----

En casos en que por razones de fuerza mayor no previsible y que comprometa la actividad quirúrgica en cualquiera de los nosocomios en forma total o parcial, la cantidad de anestesiólogos disponibles también se reducirá de modo acorde a las necesidades quirúrgicas contextualizadas. -

Para los Hospitales Regionales detallados en el Anexo I del presente, se destinará un Consultorio Pre-Anestesia, de acuerdo a la demanda que surja desde los Servicios Quirúrgicos, como así también la prestación del servicio de anestesia para los estudios programados, de corresponder. -

CLÁUSULA TERCERA. PLAZO: El presente Contrato tendrá una duración de UN (1) AÑO, contado a partir de la fecha de su suscripción por ambas partes. Queda establecido que este Contrato no importa una expectativa o derecho a prórroga en beneficio de LOS PROFESIONALES ni de LA PROVINCIA, pudiendo ser prorrogado de común acuerdo entre LAS PARTES. ----------

CLÁUSULA CUARTA. RETRIBUCIÓN: LA PROVINCIA abonará a LA ASOCIACIÓN el resultante de los montos acordados por los servicios prestados por LOS PROFESIONALES a pacientes, a excepción de los que cuenten con financiamiento explícito a cargo de un tercero del Subsector Privado o del Subsector de la Seguridad Social, incluidos de común acuerdo en el Anexo VIII que forma parte integrante del presente. Las prestaciones realizadas a pacientes excluidos por dicha condición, serán facturadas directamente por parte de LA ASOCIACIÓN a la respectiva entidad financiadora, conforme se detalla en el Anexo IX. ----------

Previo a la entrada en vigencia del presente Contrato, el Ministerio de Salud informará a las Instituciones implicadas, la exclusión de las prestaciones anestésicas de la capacidad instalada de los efectores públicos y acreditará ante LA ASOCIACIÓN la documentación que respalda dicha información. ----------

Siendo ésta una metodología de pago nueva, se acuerda que cada CUATRO (4) MESES, se revisará el funcionamiento de esta metodología y el listado de entidades financiadoras excluidas,

pudiendo ser modificada por acuerdo de partes; ello a fin de evitar el perjuicio de cualquiera de LAS PARTES. ----------

Con excepción de los pacientes con financiamiento a través de entidades listadas en el Anexo VIII, LA PROVINCIA abonará a LA ASOCIACION el resultante de los montos acordados por los servicios prestados por LOS PROFESIONALES según los valores que se detallan en el Anexo III, que forma parte integrante del presente Contrato. ----------

En base a los valores detallados en el Anexo III del presente y a solicitud de LA ASOCIACION, se dará inicio al proceso de readecuación de precios cuyo máximo será el informado por la DIRECCIÓN PROVINCIAL DE DETERMINACIÓN DE PRECIOS - MINISTERIO DE ECONOMÍA o Dependencia que la reemplace en un futuro con idéntica función; ello de acuerdo a la normativa en vigencia, haciendo constar que será de aplicación lo establecido en la Resolución O.P.C. N° 202/2020 - Anexo IV - Punto 5, contando a partir de la entrada en vigencia del presente. Al respecto se procederá conforme lo postula el artículo 36 de la Ley Provincial N° 1015, el cual prevé la Redeterminación de Precios y da lugar a la aplicación de la Resolución O.P.C. N° 202/20 - Anexo IV que reglamenta el procedimiento. A tal efecto, será de aplicación la Fórmula de Redeterminación y Estructura de Costos establecidas en el Anexo IV, que forma parte integrante del presente Convenio. ----------

LA ASOCIACION no tendrá derecho a requerir a LA PROVINCIA ningún beneficio, prestación, compensación, indemnización o cualquier otro pago fuera de los expresamente pactados en el presente Contrato, excepto los importes devengados por la mora en el pago. ----------

CLÁUSULA QUINTA. FACTURACIÓN

LAS PARTES acuerdan que, para el procedimiento de facturación de las prestaciones objeto del presente Contrato, se tendrán en cuentas los siguientes Puntos: ----------

1. Presentación: ----------

LA ASOCIACIÓN deberá presentar la siguiente documentación en conjunto con la facturación:

a) Factura Tipo B o C. ----------

b) Constancia de inscripción en el Registro de Proveedores del Estado (ProTDF), vigente al momento de emisión de la factura. Ello, conforme Resoluciones C.G.P. N° 64/2021 y N° 43/2022, o aquellas normas que las reemplacen en el futuro. ----------

c) Planillas Resumen Mensual de Anestesia, cuyo modelo consta en Anexo VII del presente. (Ver Punto 2. Confección de Planilla Resumen Mensual de Anestesia de Anexo VI). - ----------

d) Formularios del Anexo V del presente, debidamente cumplimentados. ----------

e) Pólizas y/o Constancias de Seguros de Responsabilidad Civil por Mala Praxis Médica y por Accidentes Personales de LOS PROFESIONALES, conjuntamente con los comprobantes que acrediten el pago del período completo correspondiente a los servicios facturados, de acuerdo a

los requisitos exigibles para la liquidación de pago de acuerdo a la normativa en vigencia al momento de la emisión de la factura. ----------

Si el pago fue realizado en una (1) sola cuota que cancela la cobertura anual del seguro, bastará con la presentación del Certificado de Cobertura donde conste dicho pago anual completamente cancelado; y deberá ser incluido como documentación respaldatoria para cada período. -------

f) Certificado de Cumplimiento Fiscal de LA ASOCIACIÓN vigente; o en caso de corresponder, Certificado de Exención Impositiva (AREF). ----------

2. Confección de Planilla de Anexo VI: ----------

A los fines de comprobar la efectiva prestación de servicios, por cada práctica quirúrgica, el anestesiólogo deberá completar y firmar un Parte Anestésico (cuyo modelo consta en Anexo VI del presente) adecuadamente, de manera legible y dejando constancia de las drogas y descartables utilizados, a los fines de perseguir su adecuado recupero, confeccionado por LA ASOCIACIÓN y provisto por cada efector, que se incorporará a la Historia Clínica del respectivo paciente, por el plazo legal de guarda, a disposición de quién lo requiera para conducir la auditoría. La falta de una adecuada legibilidad podrá ser motivo de débito de la prestación (dado que impide su recupero). Así mismo, cada profesional deberá dejar constancia de toda intervención e indicaciones realizadas a los pacientes en la Historia Clínica Digital, acorde a la Ley Nacional N° 26.529 ----------

Para los pacientes que sean cubiertos por LA PROVINCIA y no por las Obras Sociales y/o Terceros Financiadores detallados en el Anexo VIII que forma parte integrante del presente, LA ASOCIACIÓN confeccionará en original y copia, la planilla Resumen Mensual de Anestesia, cuyo modelo consta en el Anexo VII del presente. ----------
Dicha planilla deberá ser presentada completa en todos sus campos ante la Dirección Médica de cada Hospital Regional o ante la Dependencia que en el futuro las reemplace con idéntica función, quedando a resguardo de dicha Dirección, en cumplimiento de lo dispuesto por el Artículo 2° - Incisos c) y d) de la Ley Nacional 26.529 "Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud". A dicha planilla, se deberá adjuntar Parte Quirúrgico suscripto por el cirujano responsable de la intervención. ----------

3. Facturación electrónica: ----------

LAS PARTES constituyen domicilio electrónico en los siguientes correos electrónicos:

- Por LA PROVINCIA: despacho-hru@tierradelfuego.gob.ar (presentación de factura del Hospital Regional Ushuaia); despacho-hrrg@tierradelfuego.gob.ar (presentación de factura del Hospital Regional Río Grande). ----------
- Por LA ASOCIACION: fortenzio@hotmail.com y afaarushuaia@gmail.com ---------

4. Auditoría y conformidad de la factura: ----------
Teniendo en cuenta que la ejecución de los pagos de los servicios profesionales estaría supeditado a un servicio de auditoría sobre la facturación y el resultado de sus pertinentes informes

generaría un diferimiento del pago, a los efectos de evitar afectaciones tanto para el profesional que prestó oportunamente el servicio como al organismo contratante en la agilización de sus procesos de pago, se establece que a partir de la facturación se llevará a cabo una reserva del DIEZ POR CIENTO (10%) de la misma, la cual será abonada a cuenta del resultado de los informes realizados por el servicio de auditoría, efectuándose los ajustes pertinentes en los créditos al momento del efectivo pago del monto retenido. Para el monto restante NOVENTA POR CIENTO (90%) se dará cauce sin el requisito de informe de auditoría médica previo a la conformidad, sin que esto conlleve a una eximición de las obligaciones formales respecto de las obligaciones generales establecidas para dar trámite a las liquidaciones. Se dará trámite a la factura, exceptuado el monto de reserva, con la documentación completa obrante en el Punto 1. Presentación, de la presente Cláusula, que deberá ser conformada por el Jefe de Departamento de Cirugía y/o Director de Coordinación Asistencial que corresponda a cada nosocomio, de acuerdo a la normativa vigente. El plazo de pago se computará a partir de la conformidad de la factura y recepción de la documentación exigible. ----------

La percepción del pago porcentual establecido en la presente Cláusula no implica renuncia alguna por parte de EL PROFESIONAL a los resultados de los informes de auditoría sobre el total de la facturación. ----------

Procedimiento:

(Opción A)

El Departamento de Auditoría Médica de cada Hospital realizará la Auditoría de las prestaciones brindadas por la ASOCIACION, y realizará las observaciones pertinentes, para lo cual contará con 10 (diez) días hábiles, a partir de la fecha de recepción de la factura, a fin de ser respondidas por el área de Auditoría de la ASOCIACION (Auditoría Compartida), a partir de lo cual se confeccionará un Informe de Auditoría detallando los causales de débitos y montos por los cuales se solicitan las Notas de Crédito correspondientes. Si no hubiere acuerdo de LAS PARTES sobre los causales de débitos, la autoridad pertinente del Ministerio de Salud resolverá el diferendo.

El pago de la reserva se hará efectivo, en la medida que se hayan recepcionado las Notas de Crédito solicitadas.

(Opción B)

LAS PARTES acuerdan conformar un CUERPO AUDITOR, el que estará integrado por UN (1) representante por parte de LA PROVINCIA y UN (1) representante por parte de LA ASOCIACION para cada institución, a fin de llevar adelante la auditoría de las facturaciones pertinentes. El CUERPO AUDITOR podrá elaborar un Manual de Procedimiento de Auditoría reglamentario a fin de operacionalizar las intervenciones. ----------

A partir de la fecha en que se haya presentado la facturación, el CUERPO AUDITOR deberá expedir su Dictamen mediante un Acta de Auditoría en un plazo no mayor a los DIEZ (10) DÍAS

HÁBILES contados a partir de la fecha de recepción de la factura, conforme lo establecido en el Punto 1) de la presente Cláusula. ----------

El plazo de pago para la reserva se computará a partir de que EL CUERPO AUDITOR dé conformidad de la factura y recepción de la documentación exigible. ----------

Si la facturación fuera observada, LA ASOCIACION procederá a dar cumplimiento a las observaciones efectuadas por el CUERPO AUDITOR, resolviendo los débitos y/o créditos o efectuando auditorias compartidas según corresponda. ----------

Resueltos los débitos y/o créditos según corresponda, LA ASOCIACIÓN presentará nuevamente la facturación al CUERPO AUDITOR con las Notas de Crédito o complementos de la factura según corresponda, a fin de proceder a la conformidad de las mismas. En este segundo (2°) proceso el CUERPO AUDITOR deberá pronunciarse en un plazo no mayor a DOS (2) DÍAS HÁBILES. ----------

Como se menciona al inicio de este Punto, por parte de LA PROVINCIA será responsabilidad del Jefe de Departamento de Cirugía y/o del Director de Coordinación Asistencial de cada nosocomio o Personal Jerárquico que en un futuro los reemplace con idéntica función, brindar conformidad a la prestación del servicio, mediante la rúbrica (firma y sello aclaratorio) de las Planillas pertinentes, verificando las mismas en base a los registros instrumentados a tal fin (Partes y Libros del Servicio de Quirófano). ----------

En caso de no encontrarse ningún registro de la prestación, la misma no será abonada. --------

CLÁUSULA SEXTA. PAGOS: LA PROVINCIA abonará a LA ASOCIACIÓN, toda suma que resulte de la facturación mensual que LA ASOCIACIÓN presente a LA PROVINCIA, conformado de acuerdo a lo establecido en la CLÁUSULA QUINTA y dentro de los SESENTA (60) DÍAS corridos, contados a partir del día siguiente a la fecha de conformidad de la factura. -

CLÁUSULA SÉPTIMA. CONDICIONES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS: LA ASOCIACIÓN manifiesta que todos LOS PROFESIONALES ajustarán su cometido a las normas que se establecen en el presente, a las normas del buen arte médico y a las normas deontológicas emergentes del Código de Ética Médica. Asimismo, se comprometen a velar en todo momento por proteger los intereses de LA PROVINCIA y abstenerse de actuar en forma contraria a los mismos, adoptando todas las medidas razonables para la prestación de los servicios contratados, poniendo en su ejecución la máxima diligencia y eficiencia, de conformidad con los usos de la práctica profesional. ----------

CLÁUSULA OCTAVA. ASIGNACIÓN DE PRESTACIONES. PROGRAMACIÓN: El Jefe de Servicio de Quirófano, en conjunto con el Jefe de Departamento de Cirugía o el Director de Coordinación Asistencial del Hospital del que se trate, pondrá a disposición de LA ASOCIACIÓN la programación diaria de las intervenciones en las que se requiera el servicio de anestesia. ----------

Cada nosocomio podrá requerir de TRES (3) anestesiólogos por día hábil según la programación lo requiera, pudiendo contar con TRES (3) quirófanos activos en simultáneo. ----------

LA ASOCIACIÓN deberá asignar de entre LOS PROFESIONALES, a los responsables de la cobertura de la disponibilidad programada en cada uno de los Hospitales de LA PROVINCIA. --

Cada anestesiólogo será responsable de la cobertura de su actividad programada y/o de urgencia, debiendo en caso de ausencia justificada, notificar a LA ASOCIACIÓN, quien será responsable de informar dicha circunstancia al Jefe de Servicio de Quirófano, al Jefe del Departamento Cirugía o al Director de Coordinación Asistencial del Hospital que corresponda, con VEINTICUATRO (24) horas de anticipación; excepto en caso de fuerza mayor (por ejemplo enfermedad aguda) que no haya permitido esa antelación para notificar. ----------

CLÁUSULA NOVENA. EQUIPAMIENTO E INSUMOS: LA PROVINCIA se compromete a garantizar el equipamiento, insumos y recurso humano auxiliar según las necesidades que pudiesen surgir de la ejecución de los servicios contratados, siendo su exclusiva responsabilidad la provisión, mantenimiento y funcionamiento de los mismos. ----------
A todos los efectos LA ASOCIACION queda exenta de cualquier responsabilidad civil y penal por falta de equipamiento, insumos y recurso humano auxiliar así como los que pudieran derivarse de la falta de provisión, mantenimiento y funcionamiento de los mismos, imputables a LA PROVINCIA. ----------
Cuando se instalen equipos de la especialidad en los Hospitales Regionales, LA ASOCIACION dictará, sin cargo alguno para LA PROVINCIA, cursos de capacitación a sus profesionales asociados; a tal fin, LOS PROFESIONALES deben participar en las recomendaciones de especificaciones técnicas previas a la adquisición de los equipos. ----------

CLÁUSULA DÉCIMA. INTRANSFERIBILIDAD: La adhesión de cada uno de LOS PROFESIONALES al presente Contrato se conformará a partir de la aceptación por parte de LA PROVINCIA del formulario que forma parte del presente como Anexo V y que deberá ser presentado completo por LA ASOCIACION ante el Ministerio de Salud dentro de los DIEZ (10) días corridos contados a partir de la firma del presente, con los que se conformará el Padrón de Profesionales Adheridos. ----------
Toda adhesión o renuncia por parte de cualquiera de LOS PROFESIONALES deberá ser informada por LA ASOCIACION a LA PROVINCIA dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas de producida la novedad. Juntamente con dicho formulario LA ASOCIACION deberá acompañar por cada prestador asociado, la documentación que acredite su calidad de especialista, Matrícula Provincial y constancia de los seguros exigidos en la Cláusula QUINTA. ----------
Esta documentación en su conjunto, será requisito *sine qua non* para evaluar la adhesión y aceptación del anestesiólogo al Convenio. LA ASOCIACION deberá informar al Ministerio de Salud las modificaciones que se produzcan en el Padrón de Profesionales Adheridos, juntamente con la asignación fija del profesional en los Hospitales en los cuales cada anestesiólogo prestará

servicios. ----------

Queda expresamente prohibida la cesión total o parcial del presente Contrato, pudiendo LA PROVINCIA resolver el mismo y accionar legalmente ante la violación de la presente obligación. ----------

LA ASOCIACION deberá solicitar expresa autorización a LA PROVINCIA para convenir con obras sociales, mutuales, empresas de medicina prepaga o cualquier otro tercer financiador para la prestación anestésica dentro de la institución hospitalaria. ----------

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA. SEGUROS: Todo profesional anestesiólogo adherido al presente Contrato se obliga a contratar un Seguro de Responsabilidad Civil por Mala Praxis Médica y un Seguro de Accidentes Personales a los fines del cumplimiento del presente, quedando a su cargo el pago de los mismos. ----------

A tales efectos LA PROVINCIA queda exenta de cualquier responsabilidad civil y penal por mala praxis imputable al profesional médico prestador del servicio de anestesia, analgesia y reanimación. LA ASOCIACIÓN responderá en forma directa. ----------

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA. COORDINADOR: LA ASOCIACIÓN designará y pondrá a disposición de cada uno de los Hospitales Regionales, un médico anestesista adherido al presente Convenio para cumplir la función de Coordinador de Actividades de Anestesia, Analgesia y Reanimación, quien se desempeñará *ad honórem* a los efectos de garantizar la correcta prestación del servicio, empleando a estos fines los conocimientos académicos y profesionales correspondientes a su formación y especialidad. Dichas designaciones deberán ser comunicadas fehacientemente a LA PROVINCIA dentro de los CINCO (5) días corridos contados a partir del día siguiente a la suscripción del presente. ----------

Cada COORDINADOR se compromete a: ----------

a) Oficiar como interlocutor de los anestesiólogos adheridos al presente Convenio ante las autoridades hospitalarias como así también, autoridades del Ministerio de Salud si así correspondiere. ----------

b) Organizar y comunicar fehacientemente la programación a la que se hace mención la Cláusula OCTAVA del presente. ----------

c) Gestionar los reemplazos necesarios para dar cobertura a aquellos servicios que no puedan ser realizados por el anestesiólogo responsable, por causa justificada, según la programación prevista para el período. ----------

d) Participar en la elaboración de protocolos para prestaciones en quirófano, para el tratamiento de dolor agudo, crónico y para cuidados paliativos en todas las áreas de los hospitales y aplicaciones anestésicas, en caso de ser solicitado. ----------

e) Coordinar las actividades tendientes a lograr una mayor eficiencia del servicio de anestesia de cada nosocomio. ----------

f) Confeccionar la Planilla Resumen Mensual de Anestesia (Anexo VII) y presentar la misma al Jefe de Departamento de Cirugía y al Director de Coordinación Asistencial del Hospital que corresponda para su conformación. ----------

g) Notificar al Jefe de Departamento de Cirugía y al Director de Coordinación Asistencial del Hospital que corresponda, de toda irregularidad o anomalía de la que tome conocimiento en relación al servicio, y que ponga en peligro o riesgo a pacientes, colegas, equipo de salud o al Hospital. ----------

h) Presentar la documentación requerida a LA ASOCIACIÓN ante el Ministerio de Salud, para su liquidación y pago. ----------

La ausencia del COORDINADOR no exime a LA ASOCIACIÓN de las obligaciones asumidas en el presente Contrato, toda vez que esta es una figura necesaria sólo a efectos de organizar y optimizar la prestación asistencial. ----------

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA. RESCISIÓN: El presente Contrato podrá ser rescindido sin expresión de causa por cualquiera de LAS PARTES, preavisando tal decisión en forma fehaciente con una antelación no menor a TREINTA (30) DÍAS corridos. ----------

En caso de optar por rescindir el presente vínculo contractual, LA ASOCIACIÓN deberá garantizar la continuidad de la prestación anestesiológica durante el plazo de preaviso, sin derecho alguno a reclamar daños y perjuicios. ----------

La falta de prestación de servicios durante el plazo de preaviso, dará derecho a LA PROVINCIA a descontar de la facturación mensual presentada por LA ASOCIACIÓN, a modo de indemnización, una suma equivalente al promedio de lo que se le hubiera abonado por los DOS (2) últimos meses anteriores a comunicar la decisión rescisoria. ----------

Ello, sin perjuicio de la facultad de LA PROVINCIA de rescindir parcialmente el Convenio con respecto a EL PROFESIONAL que hubiera incumplido, como mínimo con TRES (3) de cualquiera de las obligaciones a su cargo. ----------

Para optar por rescindir el presente, LA PROVINCIA no podrá registrar atrasos en la cancelación de los pagos estipulados por el presente Convenio, en tiempo y forma. ----------

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA. COMPROMISO DE CÓDIGO: LOS PROFESIONALES que presten servicios de anestesia en ambos Hospitales de LA PROVINCIA se comprometen a cumplir con el Código de Ética de la FEDERACIÓN ARGENTINA DE ANESTESIA, ANALGESIA Y REANIMACIÓN (F.A.A.A.R.) y se encontrarán dispuestos a seguir el orden de la lista quirúrgica dispuesta a diario en quirófano en tiempo y forma, en concordancia con el Jefe de Quirófano y/o Jefe de Departamento Quirúrgico, siempre y cuando el paciente cumpla con las mismas características basadas en la valoración pre-anestésica y sin alteraciones y/o cambios agudos que impidan o posterguen su cirugía (ej: falta de ayuno, hipertensión no controlable,

inestabilidad hemodinámica, etc.) debiendo el anestesiólogo decidir su suspensión y/o postergación del turno quirúrgico según criterio médico. ----------

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA. SANCIONES: El incumplimiento de las obligaciones asumidas por LAS PARTES en el presente Convenio dará lugar a las siguientes penalidades, según corresponda:

SANCIONES A LOS PROFESIONALES DE LA ASOCIACIÓN:

a) Primera llegada tarde: Se aplicará UN (1) apercibimiento, mediante Disposición emitida por el Director General del nosocomio que corresponda, notificada a EL PROFESIONAL que incurra en la falta y a LA ASOCIACIÓN. A efectos de llevar adelante el control de asistencia se implementará un sistema de registro de entrada. ----------

b) Segunda llegada tarde: Se aplicará un descuento del CINCO POR CIENTO (5%), a la facturación de ese día, presentada por EL PROFESIONAL que incurra en la falta debidamente justificada. ----------

c) Tercera llegada tarde: Se aplicará un descuento del DIEZ POR CIENTO (10%), a la facturación de ese día, presentada por EL PROFESIONAL que incurra en la falta debidamente justificada. ----------

d) Incumplimiento de prestación: Se aplicará el descuento del VEINTE POR CIENTO (20%) de la facturación de ese día a EL PROFESIONAL que incurra en la falta. ------

A los efectos del presente apartado se considerarán incumplimientos de la prestación de los profesionales, los que se detallan seguidamente:

i. La ausencia injustificada en el ámbito del Hospital, luego de haber comprometido su presencia ante el Coordinador y/o Jefe de Servicio de Quirófano y/o Jefe de Departamento de Cirugía y/o Director de Coordinación Asistencial del Hospital, según la programación elaborada y para el período. ----------

ii. La negativa a cumplir una prestación asignada, sin causa que lo justifique, expresamente se excluye el criterio médico. ----------

iii. Falta de confección del Parte Anestésico. ----------

iv. La incomparecencia injustificada a la guardia. ----------

v. Violación del deber de confidencialidad. ----------

Tales incumplimientos deberán ser notificados de manera fehaciente por parte de los nosocomios a LA ASOCIACIÓN, ello a los fines de ser tenidos en cuenta al momento de confeccionar la facturación correspondiente. LA ASOCIACIÓN podrá presentar el correspondiente descargo, en relación a los incumplimientos notificados, dentro de los CINCO (5) DÍAS corridos de recibida dicha notificación. La Dirección General del nosocomio evaluará el descargo en un plazo de CINCO (5) DÍAS desde su fecha de recepción, dando intervención al servicio jurídico en caso de

corresponder. Cumplido el plazo antes citado, sin que se haya recibido descargo, o en caso de que lo alegado no resulte conducente para justificar el incumplimiento, el Director General del nosocomio pertinente, procederá al resguardo de los antecedentes para el momento de la facturación y/o solicitará el correspondiente acto administrativo de rescisión, según corresponda.

SANCIONES A LA PROVINCIA:

A los efectos del presente apartado se considerarán los incumplimientos, por parte de las Instituciones, de la puesta a disposición de la documentación establecida en el Anexo IX, requisito indispensable para la facturación de prestaciones a terceros financiadores de personas no alcanzadas por el presente Convenio. ----------

Las prestaciones denunciadas serán incluidas dentro del tratamiento de la reserva, con la intervención previa del servicio de auditoria. ----------

Para el caso en que LA PROVINCIA a través de la Dirección de Coordinación Asistencial de cada nosocomio o Dependencia que la reemplace en un futuro con idéntica función, no remita oportunamente la documentación necesaria detallada en el Anexo IX del presente, a fin de que LA ASOCIACIÓN facture las prestaciones realizadas a pacientes que cuenten con cobertura de Obras Sociales y/o Terceros Financiadores excluidos del presente vínculo contractual (Anexo VIII), LA ASOCIACIÓN facturará las mismas a cargo de LA PROVINCIA. ----------

Ante tal circunstancia, LA ASOCIACIÓN deberá presentar en conjunto con la mencionada factura, una Nota mediante la cual informa la renuncia de la posibilidad de efectuar cualquier reclamo o gestión del cobro por idénticos conceptos a cargo de la Obra Social o Tercer Financiador que corresponda. ----------

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA. ANEXOS: Este Contrato se integra también con OCHO (8) Anexos, los que se enuncian seguidamente:

Anexo I	Listado de Hospitales incluidos en el Convenio.
Anexo II	Modalidad / Prestaciones Mínimas – Listado de Prestaciones Anestesiológicas.
Anexo III	Costo Unidades Asistenciales / Prácticas Quirúrgicas Generales.
Anexo IV	Fórmula de Redeterminación de Precios y Factores de Costos
Anexo V	Formulario - Declaración Jurada - Adhesión al Convenio del médico anestesiólogo.
Anexo VI	Parte Anestésico.
Anexo VII	Planilla Resumen Mensual de Anestesia.

Anexo VIII	Listado de Obras Sociales.
Anexo IX	Gestión de documentación para trabajar con las Obras Sociales.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA. MODIFICACIONES: Cualquiera de LAS PARTES podrá proponer a la otra, introducir modificaciones al presente Contrato, las que, siendo aceptadas, pasarán a formar parte integrante del mismo; formalizándose mediante instrumento legal pertinente y en el marco de la normativa de aplicación. ----------

CLÀUSULA DÉCIMA OCTAVA. COMPETENCIA. DOMICILIOS: LAS PARTES se someten a la jurisdicción y competencia de los Tribunales Ordinarios de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur del Distrito Judicial Sur para la resolución de cualquier controversia derivada de la aplicación del presente Convenio, renunciando a cualquier otro fuero o jurisdicción que pudiera corresponder. ----------

A los efectos de notificaciones derivadas de la aplicación del presente Convenio, LAS PARTES constituyen domicilios en los indicados en el encabezado, ambos de la ciudad de Ushuaia, comprometiéndose LA ASOCIACIÓN a notificar a LA PROVINCIA dentro de los tres (3) días de producido, cualquier cambio de domicilio. ----------

En prueba de conformidad se firman TRES (3) ejemplares del mismo tenor y a un sólo efecto en Ushuaia, capital de la provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, el día ..... (.....) de ..... de 2022. ----------

Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
****
MINISTERIO DE SALUD

ANEXO I

LISTADO DE HOSPITALES INCLUIDOS EN EL CONVENIO

1.- HOSPITAL REGIONAL RÍO GRANDE.

2.- HOSPITAL REGIONAL USHUAIA.

ANEXO II
MODALIDAD / PRESTACIONES MÍNIMAS

1. HOSPITAL REGIONAL RÍO GRANDE

1.1) MODALIDAD DE PRESTACIÓN POR SEMANA:

1.1.1) DÍAS: LUNES A VIERNES:

- TRES (3) LÍNEAS PROGRAMADAS:

- Primera Línea con inicio a las 08:00 horas hasta la finalización de la línea de cirugía programada. ----------
- Segunda Línea con inicio a las 08:00 horas hasta la finalización de la línea de cirugía programada. ----------
- Tercera Línea con inicio a las 08:00 horas hasta la finalización de la línea de cirugía programada. ----------
- Un (1) Anestesiólogo de Guardia las VEINTICUATRO (24) horas el cual podrá realizar cirugías en las Líneas Programadas. ----------

1.2) MODALIDAD DE LA PRESTACIÓN – PAUTAS MÍNIMAS:

1.2.1) Se deben garantizar siempre TRES (3) anestesiólogos por día quirúrgico (en días hábiles de lunes a viernes). ----------

1.2.2) El horario de inicio de las líneas será a las 08.00 horas (con una tolerancia de QUINCE (15) minutos); y la guardia de VEINTICUATRO (24) horas desde las 08.00 horas a las 08.00 horas del día siguiente. Ante llegadas tarde y/o incumplimientos será de aplicación la Cláusula DÉCIMA QUINTA. ----------

La programación de los procedimientos quirúrgicos se presentará QUINCE (15) días corridos antes del inicio del mes, debiendo ser presentada ante el Jefe del Servicio de Quirófano, el Jefe del Departamento Quirúrgico y el Coordinador del Servicio de Anestesia. ----------

Al respecto se hace constar que la programación referenciada, se efectúa a los fines organizativos; sin perjuicio de ello, la misma podrá ser modificada y/o adaptada por razones debidamente fundadas y de estricta condición funcional. ----------

1.2.3) La programación diaria del funcionamiento del Servicio de Quirófano será determinada el día anterior por el Jefe del Servicio de Quirófano y/o del Jefe del Departamento Quirúrgico, según las necesidades del nosocomio. ----------

2. HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

2.1) MODALIDAD DE PRESTACIÓN POR SEMANA:

2.1.1) DÍAS: LUNES A VIERNES:

➢ TRES (3) LÍNEAS PROGRAMADAS:

- Primera Línea con inicio a las 08:00 horas hasta la finalización de la línea de cirugía programada. ----------
- Segunda Línea con inicio a las 08:00 horas hasta la finalización de la línea de cirugía programada. ----------
- Tercera Línea con inicio a las 08:00 horas hasta la finalización de la línea de cirugía programada. ----------
- Un (1) Anestesiólogo de Guardia las veinticuatro (24) horas el cual podrá realizar cirugías en la Línea Programada. ----------

2.2) MODALIDAD DE LA PRESTACIÓN – PAUTAS MÍNIMAS:

2.2.1) Se deben garantizar siempre TRES (3) anestesiólogos por día quirúrgico (en días hábiles de lunes a viernes). ----------

2.2.2) El horario de inicio de las líneas será a las 08.00 horas (con una tolerancia de quince minutos); y la guardia de VEINTICUATRO (24) horas desde las 08.00 horas a las 08.00 horas del día siguiente. Ante llegadas tarde y/o incumplimientos será de aplicación la Cláusula DÉCIMA QUINTA. ----------

La programación de los procedimientos quirúrgicos se presentará QUINCE (15) días corridos antes del inicio del mes, debiendo ser presentada ante el Jefe del Servicio de Quirófano, el Jefe del Departamento Quirúrgico y el Coordinador del Servicio de Anestesia. ----------

Al respecto se hace constar que la programación referenciada, se efectúa a los fines organizativos; sin perjuicio de ello, la misma podrá ser modificada y/o adaptada por razones debidamente fundadas y de estricta condición funcional. ----------

2.2.3) La programación diaria del funcionamiento del Servicio de Quirófano será determinada el día anterior por el Jefe del Servicio de Quirófano y/o del Jefe del Departamento Quirúrgico, según las necesidades del nosocomio. ----------

Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
****
MINISTERIO DE SALUD

LISTADO DE PRESTACIONES ANESTESIOLÓGICAS

Las prestaciones serán determinadas de acuerdo a la complejidad descripta en el Nomenclador vigente de la A.F.A.A.R., el que será debidamente notificado por LA ASOCIACIÓN y aprobado y autorizado oportunamente por LA PROVINCIA. ----------

En la consideración de las generalidades (por ejemplo edad extrema, horario nocturno, feriados, días festivos) se podrá percibir hasta DOS (2) recargos por paciente y en ningún caso la sumatoria de los ítems agregados podrá superar el CIEN POR CIENTO (100%) del valor de la práctica. ----------

Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
****
MINISTERIO DE SALUD

ANEXO III

COSTOS DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES

PRACTICAS QUIRÚRGICAS GENERALES

COMPLEJIDAD	VALOR
1	
2	
3	
4	
5	
6	

CONDICIONES GENERALES:

a) Horario Nocturno: Se considera en horario nocturno a la anestesia que se realiza entre las 20:00 y las 08:00 horas y tendrá un recargo del CINCUENTA POR CIENTO (50%) sobre el arancel correspondiente, tanto en las intervenciones de urgencia como en las programadas. ----------

b) Fin de Semana y Feriado: La anestesia que se realiza desde el día sábado a partir de las 14.00 horas, hasta el día lunes a las 07:59 horas, se considera de fin de semana y lleva un recargo del CINCUENTA POR CIENTO (50%) sobre el arancel correspondiente. -----

c) Urgencia: Las anestesias que se practiquen de urgencia, llevarán un recargo del CINCUENTA POR CIENTO (50%) sobre el arancel correspondiente, al que se le sumará el recargo nocturno, feriado o fin de semana, de corresponder. ----------

d) Operación Suspendida: Cuando el paciente es anestesiado y se suspende la operación, corresponde Complejidad 1. ----------

e) Intervenciones Múltiples: Cuando se practica más de UNA (1) intervención en una sesión quirúrgica en un paciente, se procederá a la facturación conforme las siguientes pautas:

- Si son por distintas vías de ingreso, el CIEN POR CIENTO (100%) de la más importante y el SETENTA Y CINCO POR CIENTO (75%) de las restantes según nomenclador vigente, el que será debidamente notificado por LA ASOCIACIÓN y aprobado y autorizado oportunamente por LA PROVINCIA. ----------

- Si son por la misma vía de ingreso, el CIEN POR CIENTO (100%) de la más importante y el CINCUENTA POR CIENTO (50%) de las restantes de patología y/o naturaleza diferente a la cirugía principal; según nomenclador vigente, el que será debidamente notificado por LA ASOCIACIÓN y aprobado y autorizado oportunamente por LA PROVINCIA.

f) Intervenciones Bilaterales:

- Para la facturación, se considerarán como las múltiples por distintas vías, es decir el CIEN POR CIENTO (100%) de una, más el SETENTA Y CINCO POR CIENTO (75%) de la otra. ----------

- En el caso de ser por una misma vía, (y el tratamiento final no de una opción de realizar unilaterlamente, se considera como una única cirugía), se facturará como una cirugía. Ello, cuando el objetivo de diagnóstico es uno, se considera una sola cirugía. ---------

g) Videolaparoscopias: En las cirugías Laparoscopicas por Video que no estén expresamente incluidas, se sube UNA (1) Complejidad. ----------

h) Intervención no Arancelada: Se debe facturar por similitud. Si no fuera posible por tratarse de un procedimiento nuevo o muy específico, se lo considerará en forma individual, solicitándose una autorización previa por auditoría compartida. ----------

Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
****
MINISTERIO DE SALUD

ANEXO IV

FÓRMULA DE REDETERMINACIÓN Y FACTORES DE COSTOS

Conforme lo postula el artículo 36 de la Ley Provincial N° 1015, el cual prevé la Redeterminación de Precios y da lugar a la aplicación de la Resolución O.P.C. N° 202/20 - Anexo IV, que reglamenta el procedimiento, deberán ser utilizados los factores de costos, las incidencias sobre el costo final y las fuentes referenciales que se presentan a continuación:

- Factor SERVICIOS PROFESIONALES: este factor responde a las remuneraciones y cargas sociales de los profesionales por todo concepto. Sólo se reconocerán alteraciones de costos que surjan de los cambios de valor de la Unidad Galeno Previsional (U.G.P) pronunciada por La Caja de Previsión y Seguro Médico (C.P.S.M). La incidencia de este factor en el precio final del servicio es de TREINTA Y CINCO POR CIENTO (35%). - -
- Factor SERVICIOS COMPLEMENTARIOS: responde al cúmulo de componentes que proporcionan una oportuna y eficiente prestación de servicios, contempla el apoyo a profesionales y afines. Sólo se reconocerán las variaciones que surjan de la Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estatales (RIPTE) que pronuncia el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Su peso específico en el precio final es de TREINTA Y CINCO POR CIENTO (35%). ----------
- Factor GASTOS GENERALES: representa las variaciones del costo de vida. Sólo se reconocerán alteraciones del costo por las variaciones que surjan del Índice de Precios del Consumidor, Región Patagonia - Nivel General que pronuncia el Instituto Nacional de Estadística y Censo (IPC – Región Patagonia - NG - INDEC). Su peso influyente en el costo final es de TREITA (30) p.p. ----------

Asimismo, los nuevos precios surgirán de la aplicación de la siguiente fórmula Polinómica:

$$Coef.\ de\ Actual. = \left[0{,}35 * \left(\frac{UGP_1}{UGP_0} - 1\right) + 0{,}35 * \left(\frac{RIPTE_1}{RIPTE_0} - 1\right) + 0{,}30 * \left(\frac{IPC_1}{IPC_0} - 1\right)\right]$$

Donde los subíndices 0 y 1 representan el mes anterior a la fecha de presentación de la oferta y el mes anterior a la solicitud de la redeterminación respectivamente. Los nuevos precios que se determinen se aplicarán a la parte del Contrato faltante de ejecución a partir del día de recepción de la solicitud de redeterminación.

Fuentes: [...]

Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
****
MINISTERIO DE SALUD

ANEXO V

FORMULARIO - DECLARACIÓN JURADA

ADHESIÓN AL CONVENIO DEL MÉDICO ANESTESIÓLOGO.

FORMULARIO N° 1

Presto expresa conformidad a la totalidad de los términos acordados entre el Ministerio de Salud y la Asociación Fueguina de Anestesia, Analgesia y Reanimación de la Provincia mediante Contrato…….. de fecha……..

Datos del Profesional

Matrícula Provincial Nro:		Socio AFAAR Nro:
Apellido y Nombres:		Sexo: M / F
Tipo y Num. Doc.:	Estado Civil:	Nacionalidad:
Fecha de Nacimiento:	N° CUIT/CUIL:	
Título Universitario:		
Fecha de expedición:	Universidad:	
Título de Especialista:		

Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
****
MINISTERIO DE SALUD

Fecha de expedición:	Universidad:
Domicilio:	C.P.:
Localidad:	Partido:
Provincia:	

Sometiéndose en caso de divergencias a la justicia competente del Distrito Judicial Sur de Tierra del Fuego, renunciando expresamente a cualquier otra jurisdicción.

Firma y Sello del Profesional

Certificación de Datos Profesionales

Los datos del profesional arriba detallado corresponden a un asociado de esta entidad, certificando que los mismos son verídicos.-

Firma y Sello del Secretario

Firma y Sello del Presidente

Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
****
MINISTERIO DE SALUD

ANEXO VI

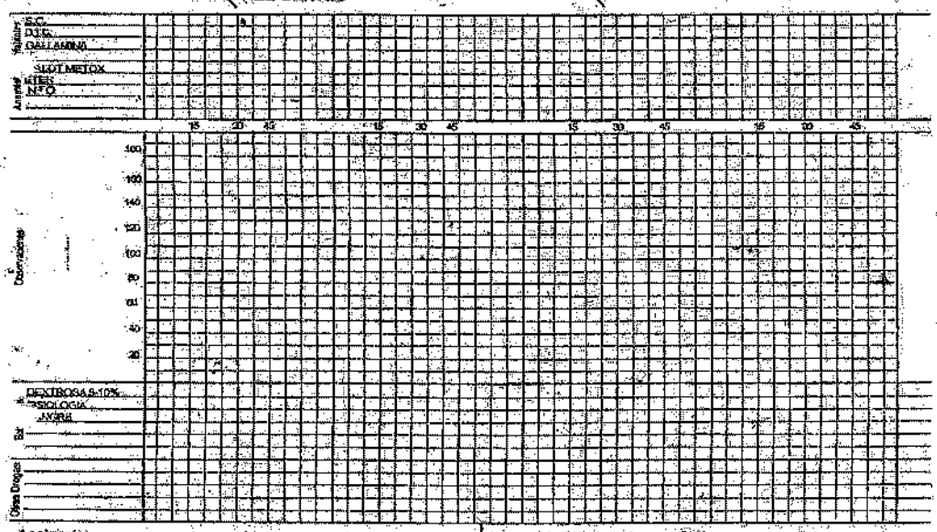
Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA
"Gob. Ernesto M. Campos"

Afiliado N°.....
Fecha: ..... / ..... / .....

FICHA ANESTÉSICA

Apellido: ..... M☐ F☐ Piso: ..... Habit.: ..... Cama: .....
Edad: .....
Peso: .....
Talla: .....
Sup. Corpor.: .....
Diagnóstico: .....
Oper. propuesta: .....
Diag. operatorio: .....
Operación realizada: .....
Resp. { Frecuencia: ..... Tipo: .....
T. Arterial { Habitual: ..... Actual: .....
Cirujano: Dr.: ..... Ayudante: .....
Anestesista Dr.: ..... Auxiliar: .....
Tiempo de operación
Anestesia .....
Posición .....
RIESGO OPERACIÓN
Grado 1 ○ Grado 2 ○ Grado 3 ○ Grado 4 ○ Grado 5 ○
Urgencia: SI○ NO○ Motivo: .....
Composición preoperatoria: .....
Premedicación: SI○ NO○ Hora: ..... Droga y dosis: ..... Vía Administ.: .....
Cuadro operatorio: Clave X Anestesia ○ Operación T. Arterial ● Pulso ○ Respiración △ P.V.C.

INDUCCION { ANESTESICOS / RELAJANTES
MANTENIMIENTO { ANESTESICOS / RELAJANTES



Analgesia: .....
Zona de inyección: .....
Agente anestésico: .....
Cantidad inyectada: ..... cc a las ..... hs.
Reinyecciones 1° ..... cc a las ..... hs.
2° ..... cc a las ..... hs.
3° ..... cc a las ..... hs.
4° ..... cc a las ..... hs.
5° ..... cc a las ..... hs.
Cateter SI○ NO○
Dosis total cc
Resultado .....

Anestesia inhalatoria○ Endovenosa○ Intramuscular○
Intub. traqueal NO○ SI○ Tubo N° ..... Mango .....
Respiración { Espontánea○ { Asistida○ Manual○ Mecánica○ / Controlada○ } NO○
Sistema { Sin reinhalación○ / Con reinhalación○ { Parcial○ / Total○ }

Estado del paciente al finalizar el acto anestésico - operatorio

Reflejo corneal	SI○	NO○	Depresión circulatoria	SI○	NO○	1 - 2 - 3 - Shock		
Sensibilidad dolorosa	SI○	NO○	Depresión respiratoria	SI○	NO○	Curatizado	SI○	NO○
Obedece órdenes	SI○	NO○	Obstrucción respiratoria	SI○	NO○	Cánula faringea	SI○	NO○
Conversa	SI○	NO○	Aspir. Secreciones faringeas	SI○	NO○	Traqueales	SI○	NO○

Vómitos SI○ NO○ Mucosos○ Biliosos○ Alimenticios○ Fecaloides 1 - 2 - 3 - 4

Pase a recuperación a las ..... hs. en condiciones satisfactorias SI NO

V° B° ..... Firma .....

FORMULARIO H.R.U.S. N° 035

Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
****
MINISTERIO DE SALUD

ANEXO VII

PLANILLA RESUMEN MENSUAL DE ANESTESIA

Profesional	FEC_PRACT	Hora	Apellido Nombre	Edad	DNI	Cirugía	Cirujano	Nomenclador	Nivel	Extremo de Vida	Noct / Feria	Honorario	Obra Social

Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
****
MINISTERIO DE SALUD

ANEXO VIII

LISTADO DE OBRAS SOCIALES Y/O TERCEROS FINANCIADORES

1.- Obra Social del Estado Fueguino (OSEF)

2.- Organización de Servicios Directos Empresario (OSDE)

3.- Unión Obrera Metalúrgica -para el Hospital Regional Río Grande- (UOM).

4.- Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP)

ANEXO IX

GESTION DE DOCUMENTACION PARA FACTURAR OBRAS SOCIALES

1. Mecanismo de reunión de la documentación: Cada nosocomio, a través de su Dirección de Coordinación Asistencial o dependencia que la reemplace en un futuro con idéntica función o en quien esta delegue expresamente esta responsabilidad, será responsable de reunir la documentación requerida por las Obras Sociales y/o Tercer Financiador según corresponda, para la gestión de facturación que hará posible su cobro. Con dicha documentación LA ASOCIACION se hará cargo de la gestión de cobro correspondiente. ----------

La documentación requerida por las Obras Sociales y/o Tercer Financiador es la que se detalla seguidamente: ----------

a. AUTORIZACIÓN PRESTACIÓN, de parte de la Obra Social y/o Tercer Financiador de la que se trate con la/s firma/s pertinente/s, de corresponder. ----------

b. PARTE QUIRURGICO, a cargo del especialista que realizó el procedimiento quirúrgico, con la/s firma/s pertinente/s. ----------

c. PARTE DE ANESTESIA, a cargo del anestesiólogo que realizó el procedimiento anestésico, con la/s firma/s pertinente/s. ----------

1.1) El nosocomio pertinente, a través de su Departamento de Gestión y Acceso a la Atención dependiente de la Dirección de Coordinación Asistencial o Dependencia que la reemplace en un futuro con idéntica función, hará entrega de toda la documentación de cada paciente a EL COORDINADOR nombrado por LA ASOCIACIÓN conforme Cláusula DÉCIMA SEGUNDA, dentro de las SETENTA Y DOS (72) horas hábiles en que se realiza la prestación. ----------

1.2) Según lo acordado, en el caso de que alguna de estas Obras Sociales entrara en conflicto con LA ASOCIACIÓN, las prestaciones programadas no serán atendidas en todo el ámbito Provincial y sólo se cubrirán los casos de urgencias. ----------

2. Documentación de acuerdo al Procedimiento Quirúrgico:

2.1) PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS

En los Procedimientos Quirúrgicos Programados se requiere la presentación de TRES (3) elementos:

- Autorización previa de la prestación, por parte de la Obra Social y/o Tercer Financiador, en caso de corresponder.
- Parte Quirúrgico.
- Parte de Anestesia.

Las acciones a ejecutar son:

a) Previas al acto quirúrgico:

- Solicitud de la autorización a la Obra Social y/o Tercer Financiador por parte del médico cirujano a cargo del procedimiento o del Jefe del Servicio Quirúrgico correspondiente (cirugía, ginecología, traumatología, etc.) o del Jefe del Departamento Quirúrgico o directamente por parte de la Dirección de Coordinación Asistencial del hospital del que se trate. -
- Recepción de la autorización, verificación de que esté correcta y archivo por parte de Departamento de Gestión y Acceso a la Atención dependiente de la Dirección de Coordinación Asistencial del nosocomio del que se trate o Dependencia que la reemplace en un futuro con idéntica función. - - - -
- Programación del procedimiento quirúrgico por parte del Jefe de Quirófano. - - - - - - - - -

b) Inmediatamente posteriores al acto quirúrgico:

- Confección del Parte Quirúrgico por parte del cirujano, con firma y sello aclaratorio, detallando el procedimiento quirúrgico realizado. -
- Cierre del Parte Anestésico por parte del anestesiólogo, con firma y sello aclaratorio. – - -
- Archivo de ambos por parte del Departamento de Gestión y Acceso a la Atención dependiente de la Dirección de Coordinación Asistencial del nosocomio del que se trate o Dependencia que la reemplace en un futuro con idéntica función. - - - - - - - - - - - - - - - - -

c) En Departamento de Gestión y Acceso a la Atención dependiente de la Dirección de Coordinación Asistencial, del nosocomio que corresponda o Dependencia que la reemplace en un futuro con idéntica función:

- Reunión de los tres elementos:
  - Autorización de la Obra Social y/o Tercer Financiador
  - Parte Quirúrgico
  - Parte Anestesiológico
- Control de:
  - Datos del Paciente. (nombre, documento de identidad, número de afiliado, etc.)
  - Fecha y prestaciones realizadas.
  - Firmas y sellos correspondientes.
- Entrega a EL COORDINADOR de Anestesiología de la documentación, dentro de las SETENTA Y DOS (72) horas hábiles de realizado el procedimiento.

2.2) PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS NO PROGRAMADOS, DE URGENCIA Y SITUACIONES MEDICAS ESPECIALES*

(* Situaciones en que el equipo quirúrgico considere preferible para el paciente, realizar el acto quirúrgico con la mayor celeridad posible incluso sin esperar la autorización de la Obra Social. Por ejemplo: la llegada de material de osteosíntesis que estuviera demorado, pacientes que vienen desde Tolhuin, casos oncológicos, etc.). - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

El día hábil inmediatamente posterior a la cirugía, el Departamento de Gestión y Acceso a la Atención dependiente de la Dirección de Coordinación Asistencial del nosocomio que corresponda o Dependencia que la reemplace en un futuro con idéntica función, deberá enviar la solicitud de autorización a la Obra social y/o Tercer Financiador correspondiente. ----------

Las acciones a ejecutar son:

a) Inmediatamente posteriores al acto quirúrgico:
   - Confección del parte quirúrgico por parte del cirujano, con firma y sello, detallando el procedimiento quirúrgico realizado. ----------
   - Cierre del parte anestésico por parte del anestesiólogo, con firma y sello aclaratorio. ----
   - Archivo de ambos por parte del Departamento de Gestión y Acceso a la Atención dependiente de la Dirección de Coordinación Asistencial del nosocomio que corresponda o Dependencia que la reemplace en un futuro con idéntica función. ----------

b) El día hábil posterior al acto quirúrgico:
   - Gestión de la autorización a la Obra Social y/o Tercer Financiador por parte del Cirujano a cargo del procedimiento o del Jefe del Servicio Quirúrgico correspondiente (cirugía, ginecología, traumatología, etc.) o del Jefe del Departamento quirúrgico. ----------
   - Recepción de la autorización, verificación de que sea correcta y archivo por parte del Departamento de Gestión y Acceso a la Atención dependiente de la Dirección de Coordinación Asistencial del nosocomio que corresponda o Dependencia que la reemplace en un futuro con idéntica función. ----

c) En el Departamento de Gestión y Acceso a la Atención dependiente de la Dirección de Coordinación Asistencial dependiente de la Dirección Administrativa de cada nosocomio:
   - Reunión de los tres elementos:
     - Autorización de la Obra Social y/o Tercer Financiador según corresponda
     - Parte Quirúrgico
     - Parte Anestesiológico
   - Control de:
     - Datos del Paciente. (nombre, documento de identidad, número de afiliado, etc.)
     - Fecha y prestaciones realizadas
     - Firmas y sellos correspondientes
   - Entrega a EL COORDINADOR de Anestesiología de la documentación, en un plazo que no excederá las NOVENTA Y SEIS (96) horas días hábiles, contados desde a fecha del acto quirúrgico. ----------

2.3) CONSULTORIO PRE-ANESTESICO E INTERCONSULTAS

En el caso de la consulta Pre-Anestésica:

- El personal de informes debe explicar al paciente que debe solicitar la autorización para la consulta a la Obra Social y/o Tercer Financiador, según corresponda. ----------

- Una vez que se cuenta con la autorización dar el turno al paciente.
- Luego el día de la consulta, el personal de recepción debe solicitar la autorización al paciente y entregarla al anestesiólogo. ----------
  -

En el caso de las interconsultas en Sala de Internación:

- El Departamento de Gestión y Acceso a la Atención dependiente de la Dirección de Coordinación Asistencial del nosocomio del que se trate, debe solicitar la autorización para la consulta a la Obra Social y/o Tercer Financiador de la misma manera en que se gestionan las urgencias. ----------

En ambos casos el Departamento de Gestión y Acceso a la Atención dependiente de la Dirección de Coordinación Asistencial deberá:

- Reunir y archivar la autorización de la Obra Social y/o Tercer Financiador, según corresponda
- Controlar:
  - Datos del Paciente. (nombre, documento de identidad, número de afiliado, etc.)
  - Fecha y prestaciones realizadas
  - Firmas y sellos correspondientes

La ASOCIACION será responsable de entregar a las instituciones los requerimientos de la Obras Sociales o Terceros Financiadores, incluidos en el ANEXO VIII, a fin de habilitar el proceso de facturación y las modificaciones que estas sufrieran, no siendo imputable a LA PROVINCIA de no mediar notificación formal previa a producido el evento facturable. ----------

NOTA: Se deja constancia que el presente es un Modelo de Contrato, de manera que podrá ser modificado -en lo formal- al momento de su suscripción.

FIRMA DEL/LOS OFERENTE/S: _____

ACLARACIÓN: _____

C.U.I.T.: _____

DOMICLIO: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Dra. Judit DI GIGLIO
Ministra
MINISTERIO DE SALUD