



Gobierno de JUJUY
Ministerio de Salud

PROPUESTA GLOBAL
- JUJUY ANDINA S.R.L. -

Señor Ministro de Salud de la Provincia de Jujuy
Dr. Gustavo Bouhid
Presente.

De nuestra consideración;

Nos dirigimos a Usted a fin de presentar dentro del contexto del Plan Estratégico de Salud de la Provincia de Jujuy una iniciativa público-privada de acuerdo a Decreto-Acuerdo N° 2927-E/97 y Decreto-Acuerdo N° 2315-G/2016. Es así como con esta presentación hemos definido cumplir con aquellos ejes fundamentales propuestos por el Ministerio de Salud y la Provincia de Jujuy en cuanto a descentralizar los servicios, mejorar la calidad, mejorar la accesibilidad, aumentar la complejidad y cobertura de las prestaciones sanitarias que se entregan no sólo en capital, sino también en interior llegando a cada rincón de todo el territorio de la Provincia.

Ante este desafío es que hacemos llegar a usted propuesta de iniciativa privada que esperamos se declare de interés público no sólo por ser un proyecto que abarca un grupo de prestaciones con alta falencia de oferta en el ámbito público, sino también por ser de alto costo su implementación y más importante aún es que su puesta en marcha significará un salto fundamental en el fortalecimiento de la salud pública en la Provincia de Jujuy.

“Concesión de Explotación de Unidades de Hemodiálisis de los Hospitales Públicos de la Provincia de Jujuy”.

En el mundo, alrededor del 10% de la población adulta sufre algún tipo de deficiencia renal. Enfermedades como la diabetes y la hipertensión arterial, tan comunes hoy en día pueden derivar en insuficiencia renal.

En Argentina, existe un gran número de pacientes que sufre de insuficiencia renal crónica terminal, que es una enfermedad catastrófica que afecta la función de los riñones. La demanda crece año a año, producto de los hábitos socio-alimenticios que derivan en patologías crónicas como la diabetes y la hipertensión arterial, además del aumento de la esperanza de vida, que ha provocado que la población sea más longeva, los cuales son factores principales en la falla renal.

Por tanto, es de vital importancia la implementación de políticas de prevención y promoción de salud renal que eviten y retrasen la utilización de hemodiálisis en aquellos pacientes que sufran daño renal, proponemos en este sentido implementar la continuidad asistencial desde el primer nivel hasta el tercer nivel de atención. Con la respectiva derivación a un establecimiento de mayor complejidad y contra derivación a un establecimiento de menor complejidad para su seguimiento y control.

Dentro de las políticas implementadas por el Ministerio en cuanto a la salud renal debemos tener presente lo normado por el “Programa de Cuidado de Salud Renal” y lo establecido por la Ley Nacional N° 22.853. En este tenor nuestra propuesta aborda no sólo los aspectos asistenciales curativos, sino que también aquellos promocionales y preventivos de manera de mejorar no sólo la cobertura sanitaria, sino que establecer como prioridad en lo que respecta al tema renal a la población informada y preparada para evitar todas aquellas patologías, comportamientos y hábitos que puedan significar el deterioro antes señalado.

Se adjuntan anexo I (descripción general de proyecto), anexo II (bosquejo planta de referencia centro de diálisis) y anexo XI (propuesta de convenio general).

“Concesión de Explotación de Unidad de Hemodinamia del Hospital Público Pablo Soria de la Provincia de Jujuy”.

De acuerdo a los informes de la Organización Mundial de la Salud OMS, las enfermedades cardiovasculares son hoy la principal causa de muerte en todo el mundo.

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en la Argentina; en el año 2013, sobre 326.197 muertes, el 28,8% fueron enfermedades del sistema circulatorio, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) obtenidos de los certificados de defunción.¹

El infarto agudo de miocardio (IAM) es, dentro del espectro de patologías cardiovasculares, la manifestación más agresiva de este conjunto de enfermedades, y la segunda causa de muerte como entidad individual. El conocimiento de la incidencia de IAM no solo tiene interés científico y epidemiológico, sino que constituye una información vital para la planificación en salud pública. En el país se han realizado múltiples registros hospitalarios de IAM en los últimos 25 años que proporcionaron información válida y útil sobre las características clínicas de los pacientes ingresados, los procedimientos empleados y el pronóstico, pero, no reflejan las tasas de incidencia. En la Argentina se ha estimado la tasa anual de IAM en 41,9 cada 10.000 habitantes y, ajustado a otro tipo de infartos clásicos, de 55,9 cada 10.000.

Las cifras del país no son ajenas a la Provincia de Jujuy, por tanto, es urgente implementar una cartera de servicios que, de cuenta de esta situación, no sólo en los hospitales más complejos, sino también en aquellos de menor complejidad, que, jugando su rol de promocionar, de educar y detectar las

¹ Incidencia anual y letalidad del infarto agudo de miocardio en la Ciudad de San Carlos de Bariloche. Estudio REGIBAR, MATÍAS E. CALANDRELLI, Et Al, 2017.

patologías, permitirán al hospital más complejos de la Provincia a que puedan hacerse cargo de ellas.

Es por todo lo señalado anteriormente, que nos permitimos proponer a través del señor Ministro de Salud a la Provincia de Jujuy esta iniciativa que nos lleve a implementar a través de inversión privada una unidad de hemodinamia en el hospital Pablo Soria, establecimiento que cuenta con todos los servicios de apoyo y respaldo que nos aseguran que el servicio que se puede prestar es de una seguridad y calidad del mayor estándar posible.

Se adjuntan anexo III (descripción general de proyecto), anexo IV (bosquejo plantade referencia unidad de hemodinamia) y anexo XI (propuesta de convenio general).

“Concesión de Explotación de Unidades de oftalmología primaria itinerante (DOPI) y una unidad de especialidad centralizada oftalmológica (DECO) en el hospital Pablo Soria de la Provincia de Jujuy”.

La importancia de mantener una adecuada salud visual es innegable. Alrededor de 85% de la información utilizada por el cerebro ingresa a través de esta vía, permitiendo el desarrollo integral del ser humano. Se estima que existen alrededor de 32,4 millones de personas que han perdido la vista a nivel mundial, de las cuales 85% serian por causas evitables. En Latinoamérica y el Caribe se estimó, para el año 2010, que existían 2,3 millones de personas que han perdido la vista. Además, el creciente envejecimiento de la población anticipa una mayor frecuencia de ceguera por causas prevenibles (catarata, glaucoma, retinopatía diabética, degeneración macular relacionada a la edad, entre otras). Sin embargo, los costos de la atención oftalmológica y los gastos originados por la pérdida visual han alcanzado cifras difíciles de afrontar, lo que desemboca en un escaso acceso y un aumento en las tasas de ceguera, sobre todo en poblaciones más pobres. En Argentina, las inequidades en el acceso, la baja resolutivez, y las desigualdades en la calidad de la atención del sistema de salud son temas recurrentes y prolongados en el tiempo, cuyas soluciones más concretas deben comenzar al amparo del Plan Estratégico de Salud.

El acceso a la salud visual en Argentina se ha mantenido históricamente como un tema de alta preocupación para las autoridades de salud, en este contexto el Plan Estratégico de Salud implementado en la Provincia de Jujuy a través del Ministerio de Salud busca en este ámbito una sustancial mejora en los niveles de cobertura y calidad en la atención del paciente fundado en la descentralización de la atención y una mejora de la accesibilidad.

Por tanto, es de vital importancia la implementación de políticas de promoción y prevención de patologías que conllevan a pérdida de la capacidad

visual. Proponemos en este sentido implementar la continuidad asistencial desde el primer nivel hasta el tercer nivel de atención. Con la respectiva derivación a un establecimiento de mayor complejidad y contra derivación a un establecimiento de menor complejidad para su seguimiento y control.

Es por todo lo señalado anteriormente, que nos permitimos proponer a través del señor Ministro de Salud a la Provincia de JEs por todo lo señalado anteriormente, que nos permitimos proponer a través del señor Ministro de Salud a la Provincia de Jujuy esta iniciativa que nos lleve a implementar a través de inversión privada una unidad de oftalmología primaria itinerante (DOPI) y una unidad de especialidad centralizada oftalmológica (DECO) en el hospital Pablo Soria, establecimiento que cuenta con todos los servicios de apoyo y respaldo que nos aseguran que el servicio que se puede prestar es de una seguridad y calidad del mayor estándar posible.

Se adjuntan anexo V (descripción general de proyecto), anexo VI (bosquejo plantade referencia) y anexo XI (propuesta de convenio general).

“Concesión de Explotación de Unidad de Oncología (Radioterapia y Quimioterapia) del Hospital Público Pablo Soria de la Provincia de Jujuy”.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son, en la actualidad, la principal causa de defunción a nivel mundial. El cáncer es la segunda causa de mortalidad general y fue responsable de 8,2 millones de muertes en el mundo en 2012, dos terceras partes de las cuales ocurrieron en países de ingresos bajos y medios.

Según estimaciones de la IARC para el año 2012, nuestro país se ubicó entre los países con mortalidad por cáncer media-alta, presentando una tasa ajustada por edad (TAE) de 115 defunciones /100.000 habitantes (en ambos sexos), cifra que la posiciona en el tercer lugar entre los países del continente americano.

En 2016, la mortalidad por cáncer registrada en Argentina fue de 120,1 y 87,9 defunciones por cada 100.000 varones y mujeres respectivamente (tasas estandarizadas por población mundial estándar). Con algo más de 62.000 fallecimientos representaron el 18% del total de las defunciones, precedidas por las enfermedades cardiovasculares (29%) y las respiratorias (19%). Esta enfermedad, junto a las enfermedades cardiovasculares, las respiratorias crónicas y la diabetes, integra el grupo de las ENT más relevantes; las cuales concentraron el 52% de todas las defunciones registradas en 2016.

En el año 2016 se registraron en Argentina 62.246 defunciones por cáncer, 52% de las cuales se produjeron en varones (32.274) y 48 % en mujeres (29.947).

Podemos señalar que en la Provincia de Jujuy en el caso de mujeres la tasa de mortalidad por cáncer es levemente menor que la tasa nacional y en el caso de los hombres, la diferencia es significativamente menor que la de Argentina.

Esto no nos debe llevar a no priorizar en esta área o a pensar que está todo hecho, claramente el Plan Estratégico señala los énfasis en enfrentar las enfermedades no transmisibles y esto supone mejorar sustancialmente la oferta de servicios que permitan a la población de toda la provincia acceder con oportunidad y calidad a estos.

Ante esta realidad, es que proponemos como una iniciativa de inversión privada a través del Ministro de Salud la “Explotación de Unidad de Oncología (Radioterapia y Quimioterapia) del Hospital Público Pablo Soria de la Provincia de Jujuy”, en ese establecimiento que cuenta con todos los servicios de apoyo y respaldo que nos aseguran que el servicio que se puede prestar es de una seguridad y calidad del mayor estándar.

Se adjuntan anexo VII (descripción general de proyecto), anexo VIII (bosquejo plantado de referencia) y anexo XI (propuesta de convenio general).

“Concesión de Explotación de Recupero de Costo de Atenciones de Pacientes con Cobertura y Sistema Integral de Gestión Clínica para los Hospitales y Centros de Salud Públicos de la Provincia de Jujuy”.

La aparición de las Obras Sociales instaló la idea de que el Servicio Social fuera un bien adquirido por todos los argentinos. En 1945, con el apoyo del Estado, los sindicatos empiezan a ocuparse activamente de la seguridad y la salud social y se desarrolla el concepto de “sanitarismo”.

En el año 1970 se crea por Ley N° 18.610 el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) destinado a ser un órgano de contralor del incipiente sistema de Obras Sociales Sindicales. Su fin era promover, coordinar e integrar las actividades de las Obras Sociales, así como controlarlas en sus aspectos técnicos, administrativos, financieros y contables. La Ley N° 18.610 le dio al sistema de Obras Sociales su primer encuadramiento y marco legal.

En enero de 1989, se dicta la Ley N° 23.660 que crea el Sistema de Obras Sociales Nacionales y su organismo de control, la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS). Posteriormente la Ley N° 23.661 crea el Sistema Nacional del Seguro de Salud. La Administración Nacional de Seguro de Salud (ANSSAL) como autoridad de aplicación determina quiénes son sus beneficiarios, establece la forma de financiación del sistema a través de aportes de empleadores y trabajadores y crea el Fondo Solidario de Redistribución (que será administrado

por la Administración de Programas Especiales - APE) estableciéndose así los fundamentos del sistema actual.

En el año 1996 y mediante el Decreto N° 1615/96 se fusionaron la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) creada por la Ley N° 23.661, el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) creado por la Ley N° 18.610 y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS) creada por la Ley N° 23.660, constituyéndose la Superintendencia de Servicios de Salud como organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional en jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social, con personería jurídica y con un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera, en calidad de ente de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud.

En la República Argentina los datos y registros se encuentran dispersos en cada uno de los subsectores y programas: público, obras sociales y seguros privados. Cada uno administra procedimientos propios para obtener datos para el desarrollo de sus funciones, siendo en el caso que nos atañe el público insuficientes para controlar y gestionar tanto lo que concierne al recupero de los costos empleados en las prestaciones de salud entregadas a la población, como así también los datos necesarios y suficientes para gestionar la salud de la población atendida a lo largo de su vida y que estos estén disponibles en cualquier establecimiento de salud de la Provincia de Jujuy (Historia Clínica Electrónica).

La información que no se encuentra integrada a nivel federal y por ende a nivel provincial limita fuertemente la disponibilidad de información en tiempo y forma. Por otra parte, atenta contra la calidad adecuada para la evaluación, planificación, gestión de los servicios y programas, para la elaboración de planes de intervención y la toma de decisiones en política sanitaria para la mejora de la atención de la población.

La incompatibilidad entre los distintos sistemas de información genera retardos en el procesamiento y auditoría de las prestaciones realizadas y la imposibilidad de pagar las prestaciones en el tiempo que establece la normativa para las Obras Sociales, propiciando el financiamiento cruzado, utilizando los presupuestos hospitalarios para dar servicios prestacionales a sus beneficiarios sin costo alguno, llevando a un desfinanciamiento a los hospitales públicos, por tanto no permitiéndoles cumplir con toda la cartera de prestaciones que requiere la población de la Provincia.

Ante esta realidad, es que proponemos como una iniciativa de inversión privada a través del Ministro de Salud la "Concesión de Explotación de Recupero

de Costo de Atenciones de Pacientes con Cobertura y Sistema Integral de Gestión Clínica para los Hospitales y Centros de Salud Públicos de la Provincia de Jujuy”.

Se adjuntan anexo IX (descripción general de proyecto), XI (propuesta de convenio general).

“Digitalización progresiva de imágenes obtenidas de los equipos existentes y los informes diagnósticos asociadas a estas, en la red pública de la Provincia de Jujuy”.

Las imágenes clínicas obtenidas de los diferentes tipos de dispositivos de rayos x, resonador, mamógrafo, tomógrafo son un apoyo fundamental a la actividad clínica desarrollada por los diferentes equipos de salud de la provincia, en este contexto la necesidad de obtener imágenes que puedan ser informadas a distancia y que sean un apoyo a la estrategia de telemedicina impulsada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy en su Plan Estratégico de Salud.

Esta realidad le impone a la red sanitaria poseer mecanismos de digitalización de imágenes, vías de transmisión de estas y los informes de diagnóstico que acompañan a estas imágenes, es así que la presente propuesta busca de manera progresiva la digitalización de los equipos priorizados por el Ministerio según los requerimientos establecidos en concordancia con el orden de prioridad clínica y ubicación geográfica a fin de mejorar la cobertura de imágenes diagnósticas, constituyéndose en un mejoramiento del accionar sanitario.

Hoy se requiere de una mayor cobertura, pero también de una mejora sustancial en la oportunidad diagnóstica, vale decir, que tan rápido se pueda obtener el informe de las imágenes obtenidas, es así que la propuesta que se presenta busca resolver de manera progresiva no sólo una mayor cobertura en la obtención de imágenes, sino que también en el procesamiento y diagnóstico de las mismas.

La imagen digital permite realizar el diagnóstico a distancia por especialistas del sistema e incluso enviar al resto del país y el extranjero. Este procedimiento acelera los tiempos de revelados, permitiendo aumentar el número de prestaciones por turno.

La digitalización permite la óptima calidad de lectura de imágenes, que resultan importantes para el diagnóstico precoz de cáncer de mama, por ejemplo. Estas imágenes se pueden enviar en red a todos los hospitales de la provincia e incorporarlos en la futura historia clínica digital de los pacientes.

Se adjuntan anexo X (descripción general de proyecto), XI (propuesta de convenio general).

Esta propuesta Integral busca acompañar y hacer patente que tal como lo ha manifestado el Ministerio de Salud y la Gobernación Provincial la viabilidad e implementación del Plan Estratégico de Salud de la Provincia no es sólo un esfuerzo del gobierno y sus instituciones, sino es de toda la comunidad, de ella somos parte y queremos aportar con nuestros conocimientos, experiencias e inversión para que esto se cumpla con la mayor agilidad de acuerdo a lo planteado por la autoridad, ya que mejorar el acceso y la equidad en la distribución de los servicios de salud prestados a toda la población es un reto ético, más aún cuando esto significa salvar vidas de nuestros ciudadanos.

Esperando que la presente tenga una acogida favorable y podamos en el más breve plazo acceder a firma de convenio, nos despedimos.

Atentamente,

Alexis Marcelo Arancibia Reyes
Max Pizarro Pavez
Socio Andina Jujuy S.R.L
Andina Jujuy S.R.L

Wynifred Trivick Cañas
Socia Andina Jujuy S.R.L Socio

ANEXO I

Descripción General de Proyecto Hemodiálisis

Nombre del Proyecto:

“Concesión de Explotación de Unidades de Hemodiálisis de los Hospitales Públicos de la Provincia de Jujuy”.

Antecedentes Generales:

Dado la implementación del Plan Estratégico de Salud que busca resolver el déficit de cobertura y de accesibilidad a todas las prestaciones sanitarias de los ciudadanos de la Provincia de Jujuy, y en este caso particular a la brecha existente en puestos de hemodiálisis y al creciente aumento de las necesidades de tratamiento para la Diálisis Crónica (como se observa en gráfico n° 1)

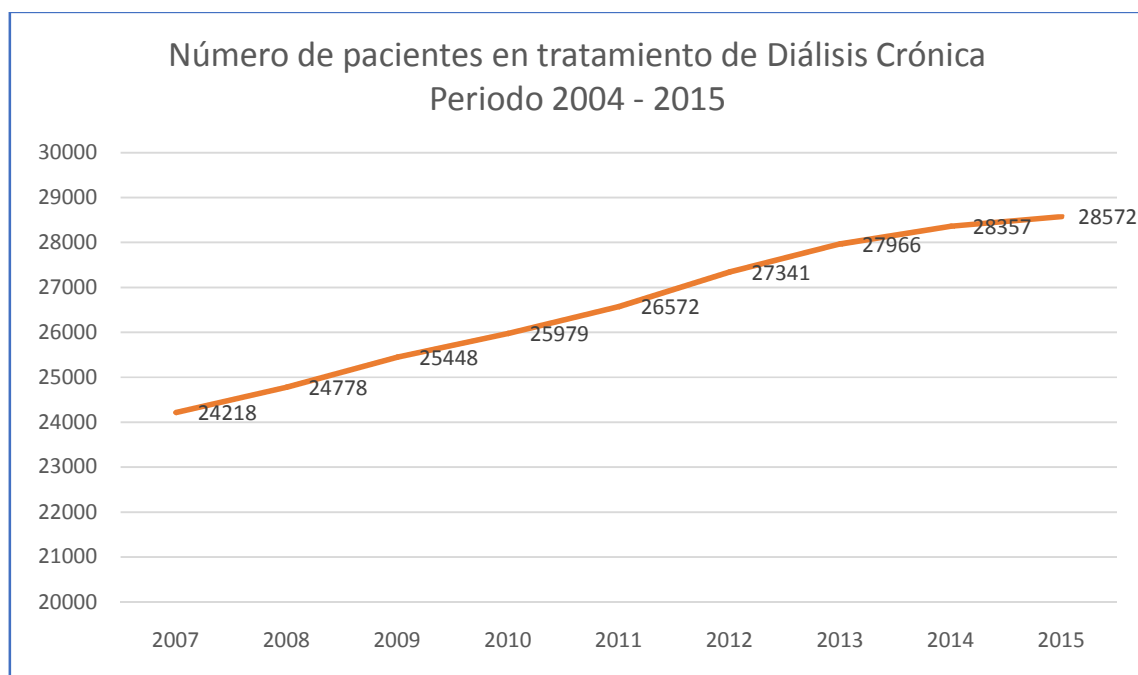


Gráfico 1: Número de pacientes en tratamiento de Diálisis Crónica a nivel nacional periodo 2004 – 2015. Fuente INCUCAI, informe 2016.

Proponemos:

Generación de Protocolos Clínicos fundados en medicina basada en evidencia, juicio de expertos, protocolos nacionales y protocolos internacionales.

Generación de plan de capacitación de los funcionarios de la atención primaria a fin de implementar el Programa de Salud Renal Provincial.

Plan comunicacional enfocado a la población para la promoción y prevención en todos aquellos aspectos que puedan afectar la salud renal de la comunidad.

Posicionar como eje de la estrategia de promoción y prevención a los pacientes y sus familias, a la comunidad organizada, a los recintos estudiantiles y a las autoridades.

Registro de prestaciones en el sistema Más Salud para el correcto seguimiento, monitoreo y auditoría de estas por parte del Ministerio y aquellas personas que tengan atribuciones para su visualización y análisis.

Establecer telemedicina en la especialidad de nefrología para dar cobertura de esta especialidad en los lugares más apartados de la provincia. Con horas de profesional especialista en nefrología aportado en nuestra propuesta para estas tareas, el Ministerio de Salud deberá proporcionar las herramientas tecnológicas y de soporte que este servicio requiera.

En el gráfico n°2 se evidencia el ingreso de nuevos pacientes a tratamiento de hemodiálisis con una tendencia claramente creciente y a una tasa cruda de 159.14 ppm el año 2015²

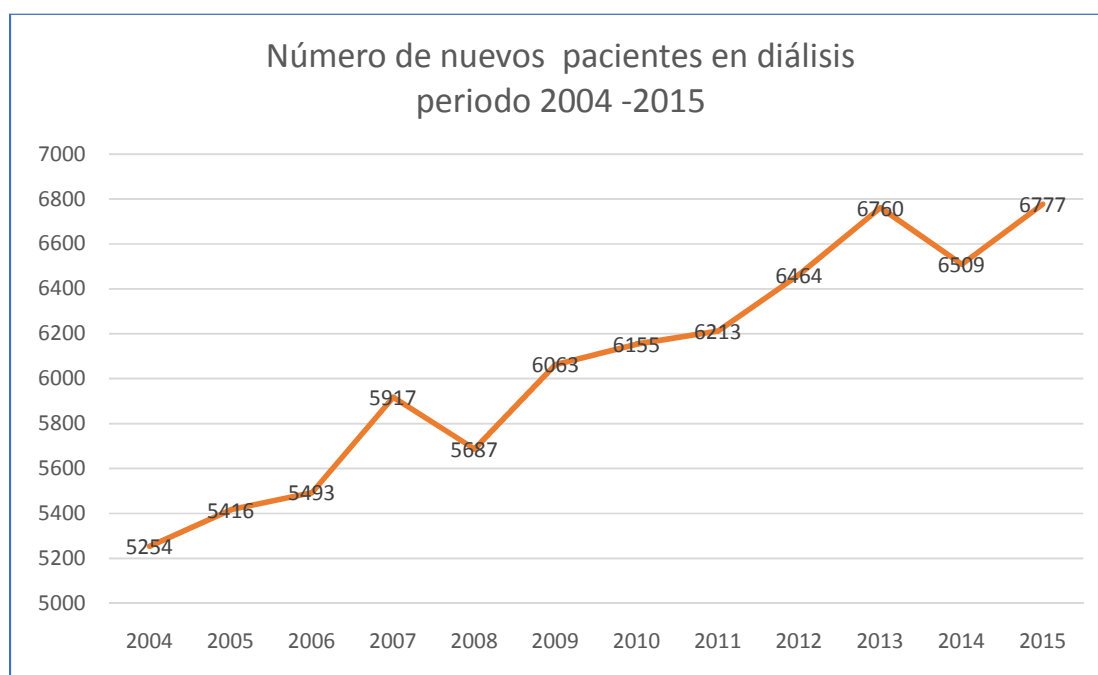


Gráfico 2: Número de nuevos pacientes en tratamiento de Diálisis Crónica a nivel nacional periodo 2004 – 2015. Fuente INCUCAI, informe 2016.

² Fuente INCUCAI, informe 2016.

La Provincia de Jujuy presenta una demanda creciente de puestos de hemodiálisis la que esta abordada de manera acotada en la capital, lo que produce una inequidad de acceso que el Plan Estratégico aborda de manera significativa y en cuyo contexto se enmarca nuestra propuesta. Para evidenciar lo señalado se puede observar el gráfico n°3.

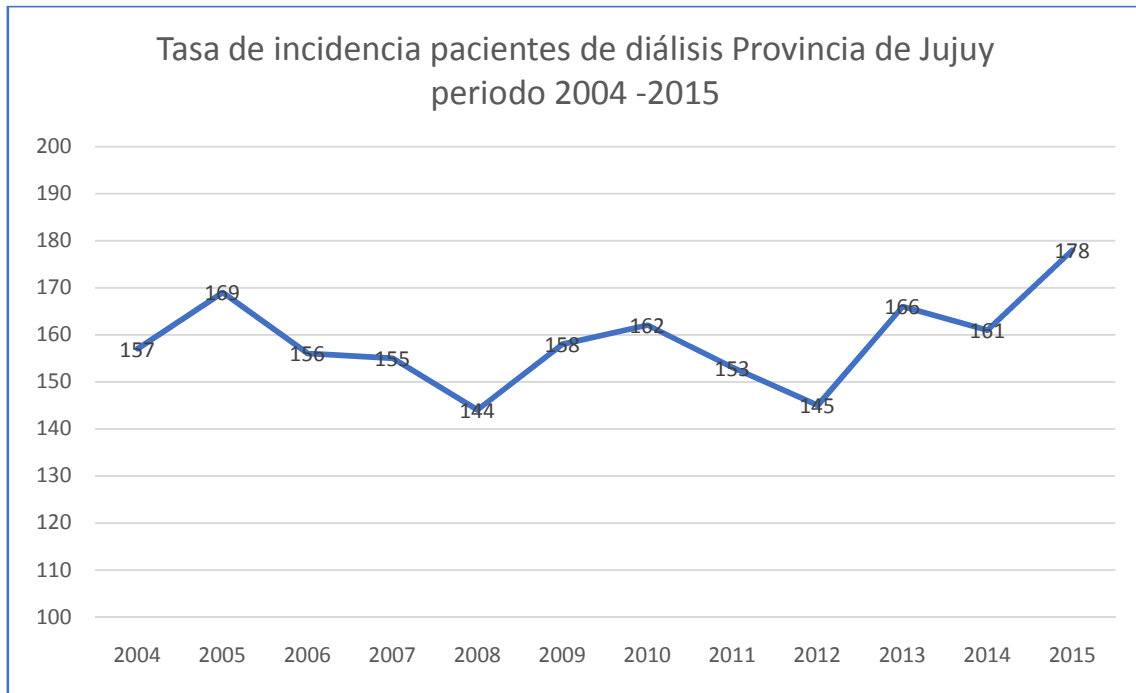


Gráfico 3: Tasa de incidencia pacientes de diálisis crónica Provincia de Jujuy periodo 2004 – 2015. Fuente INCUCAI, informe 2016

Ante la situación evidenciada, nuestra propuesta con respecto al aumento de pacientes requirentes de hemodiálisis consiste en la oferta de prestaciones para:

1. Pacientes crónicos.
2. Pacientes agudos.
3. Pacientes que requieren aislamiento por tener patologías infectocontagiosas.
4. Consulta de nefrología.
5. Consulta de nutricionista.
6. Consulta de psicología.

En cuatro (4) centros de atención integral en los hospitales de:

- Hospital de San Roque con 12 sillones (uno para pacientes aislados).
- Hospital de San Pedro con 6 sillones (uno para pacientes aislados).
- Hospital de Ledesma con 6 sillones (uno para pacientes aislados).
- Hospital de Humahuaca con 6 sillones (uno para pacientes aislados).

Sin perjuicio de lo detallado precedentemente existe la disponibilidad de evaluar en conjunto con el Ministerio de Salud la necesidad de aumentar el número de cupos en cada centro, así como seguir profundizando la descentralización con nuevos centros de hemodiálisis que tengan la demanda necesaria, la infraestructura y condiciones generales requerida para la prestación del servicio de forma segura y con los más altos estándares de calidad.

Los centros contarán con:

I.- Infraestructura:

En general

- Los centros de diálisis contarán con pisos y superficies lavables.
- Sistema de climatización con control de temperatura en todo el recinto.
- Iluminación y sistema de televisión por cable para pacientes con programación de entretenimiento y educativa en diferentes temáticas de salud de importancia para el centro de diálisis como también para el Ministerio.
- Conexión a internet.

Dependencias Generales:

- Box de consulta para atención de especialista.
- Sala de espera con sistema de televisión por cable para pacientes con programación de entretenimiento y educativa en diferentes temáticas de salud de importancia para el centro de diálisis como también para el Ministerio.
- Baños para pacientes y personal en forma separada.
- Vestidores para pacientes y personal en forma separada.
- Comedor para el personal.
- Bodega para materiales separando aquellos de riesgo (tóxicos, inflamables, etc.).
- Área de tránsito de basuras y material contaminado, protegida.
- Secretaría.
- Sala de examen de pacientes.

Delimitación de áreas:

- Área limpia
 - Contará con un espacio exclusivo para trabajo limpio.

- Ubicada en unazonade fácil acceso y comunicada con al área de diálisis.
- Estantería con llave para almacenamiento de material y medicamentos de uso clínico.
- Espacio para almacenamiento de ropa limpia. (en caso de que no exista un espacio exclusivo para este propósito).
- Depósito transitorio de residuos sólidos impermeable y con tapa.
- Área Sucia
 - Estará separada del área limpia y ubicada en un espacio accesible al área de diálisis.
 - Con sistema de lavado profundo con una red de agua independiente de la red que proporciona agua tratada a las máquinas de diálisis.
 - Con depósitos transitorios de residuos sólidos impermeables y con tapa.
 - Con contenedores para estacionamiento transitorio de ropa sucia (en caso de que no exista un espacio exclusivo para este propósito)
- Sala de reutilización de dializadores y líneas
 - Será Independiente de la sala de diálisis.
 - Con cañerías y llaves de PVC sanitario, hidráulico, con sistema anti-retorno.
 - Estanques con tapa para cloro y formalina con sistema de llenado independiente.
 - Red de agua tratada para la reutilización de dializadores y líneas.
 - Lavamanos clínico y basurero.
 - Con un puesto de lavado por cada puesto de diálisis conectado a red agua tratada.
 - Con puesto de lavado separado del resto para la reutilización de dializadores de pacientes portadores de hepatitis C, B, VIH, u otras patologías infectocontagiosas que requieran aislamiento.
 - Zona de almacenamiento de dializadores y material de uso diario.

Dependencias Específicas:

Sala de diálisis:

- Con espacio suficiente para monitores, sillones de diálisis y el equipo destinado a este procedimiento.
- Estación de enfermería con alcance visual a todos los pacientes.
- Dispondrá de espacio para almacenamiento de historias clínicas, insumos de trabajo administrativo, formularios, etc.
- Lavamanos.
- Área limpia para almacenamiento y preparación de insumos diarios

- Secretaría
- Sala de examen de pacientes.

II.- Equipamiento Clínico:

- Máquinas de hemodiálisis deberán ser de paso único, sin recirculación de líquido de diálisis y con los siguientes elementos de seguridad en el circuito extracorpóreo:
 - Control automático de temperatura que indique nivel alto/bajo.
 - Conductímetro que indique nivel superior/inferior.
 - Detector de hemoglobina.
 - Detector de aire con clampeo automático.
 - Medidores de presión arterial y venosa.
 - Bomba de sangre con detención automática ante activación de alarmas.
 - Sistema de by-pass de líquido de diálisis.
 - Máquina de hemodiálisis de respaldo por cada 12 puestos de diálisis.
- Se podrá reutilizar todo o parte del equipamiento de la unidad de hemodiálisis dependiente del hospital Pablo Soria en cualquiera de los cuatro centros propuestos por el prestador.
- Esfigmomanómetro
- Fonendoscopio
- Balanza uso clínico
- Silla Ruedas
- Para casos de emergencias contará con:
 - Carro de paro.
 - Tabla para masaje cardíaco.
 - Bolsa de insuflación manual con mascarilla uso adulto e infantil.
 - Oxígeno con manómetro y flujómetro, humidificador.
 - Laringoscopio con batería, 3 hojas rectas y curvas.
 - Set cánulas de intubación endotraqueal, de uso adulto y pediátrico.
 - Set de cánula Mayo, de uso adulto y pediátrico.
 - Bigoterías o mascarillas para oxígeno uso adulto y pediátrico.
 - Sondas de aspiración uso adulto y pediátrico.
 - Medicamentos definidos por la dirección técnica del establecimiento.
 - Insumos clínicos desechables (vías venosas, ligadura, jeringas, equipo fleboclisis, gel conductor, electrodos, mangueras, conexión a oxígeno y aspiración, etc.)

III.- Medicamentos e insumos.

- Al prestador le corresponderá aportar los insumos necesarios para la correcta realización del tratamiento y del funcionamiento de las máquinas de hemodiálisis.

- En cuanto a los medicamentos necesarios en el tratamiento convencional de la insuficiencia renal crónica serán de cargo del hospital derivador de los pacientes, en los términos que se establezcan en el respectivo contrato.

IV.- Planta de tratamiento de agua

Pretratamiento

- Posee Filtros de carbón.
- Posee Filtros de profundidad.

Purificación del agua

- Osmosis reversa
 - Incluye Ablandador de agua.
 - Bombas.
 - Indicador de la calidad del agua.
 - Lectura del indicador de calidad de agua que abastece la unidad al momento de la inspección de acuerdo a la normativa vigente.
- Tratamiento de ozono para control bacteriano de acuerdo a normativa vigente.

V.- Sistema de distribución de agua tratada

- Las instalaciones de la red de distribución de agua tratada que alimentan sala de diálisis y sala de reutilización son independientes de las instalaciones de agua potable. Incluye conexión para actividades de mantenimiento de máquinas de diálisis.
- Las cañerías y llaves de paso son de PVC o acero inoxidable de uso médico.
- Cañería principal mantiene un flujo turbulento que impide el estancamiento.
- La red distribución de Agua Tratada del centro está claramente identificada en todo su recorrido.
- Las bombas de impulsión serán las correspondientes para uso médico.
- Estanques de forma troncocónica o cilíndrica o de aristas redondeadas con tapa removible, y capacidad tal que permita un rápido recambio.
- Dispositivos anti-retorno en lugares claves de la red de agua tratada del establecimiento.
- Depósito de fibra de vidrio o de acero inoxidable con tapa removible para acumulación de agua tratada, con capacidad debe garantizar al menos 1 turno de diálisis.
- Instalación del depósito de agua tratada permite drenado total de su contenido y la limpieza de este.

VI.- El personal del centro de diálisis estará constituido por:

- Médico especialista nefrólogo que actuará además como Director Técnico del centro.
- Sin perjuicio de lo señalado en el punto anterior, el centro podrá contar con médicos generales que hayan tenido entrenamiento teórico y práctico en diálisis de a lo menos seis meses, certificado de acuerdo a la normativa vigente.
- Personal de enfermería con especialización en diálisis o con requisitos certificados de acuerdo a la normativa vigente.
- Personal auxiliar de enfermería con experiencia y certificados de acuerdo a la normativa vigente para centro de diálisis crónica.
- Personal administrativo y de servicios.

VII.- Controles de calidad de los equipos, de los elementos técnicos y de seguridad de los centros de diálisis.

- Para los equipos se deberá contar con un programa escrito de vigilancia del estado y mantención periódica hecho por personal técnicamente calificado.
- Deberá existir una Hoja de Vida de cada equipo.
- Plan escrito que establezca mecanismos oportunos y eficientes para la reparación de los equipos.
- Manual de procedimiento de uso de los equipos.
- Manual de procedimiento de reutilización y control de capacidad de los dializadores.
- Manual de procedimiento de otras técnicas realizadas en el centro.
- Programa escrito de vigilancia epidemiológica de infecciones de acuerdo a la normativa vigente.
- Programas escritos de control y sanitización de la planta de tratamiento del agua (análisis químicos y bacteriológicos).
- Manual con Normas de Prevención de Infecciones en Hemodiálisis.
- Señalización de áreas y un plan escrito de evacuación de pacientes y personal ante emergencias y catástrofes.
- Extintores de incendio, operativos y en número suficiente de acuerdo a normativa.

VIII.- Servicios adicionales a pacientes.

- Los centros proporcionarán servicio de traslado de pacientes, desde y hasta su domicilio particular o su lugar de trabajo, en un radio máximo de 15 kilómetros de cada uno de los centros de hemodiálisis propuestos. Para aquellos casos en que se supere esta distancia o se trate de pacientes con movilidad reducida y que deban ser trasladados en vehículos de emergencia será el SAME quien realice estos traslados.

- Los centros proporcionarán asesoría nutricional y psicológica a los pacientes que se encuentren a su cargo, y a sus familiares cuando sea necesario, de manera que se aborde su patología desde una perspectiva bio-psico-social.

IX.- Inicio de operación

- Para que el proveedor cumpla con los plazos establecidos a continuación es necesario que el Ministerio de Salud haga entrega en un solo acto y fecha de la infraestructura para todos los centros de diálisis propuestos, este es un requisito fundamental para el normal desarrollo del proyecto.
- El inicio de la habilitación de cada uno de los centros deberá ajustarse a que los hospitales que lo albergan cumplan con la normativa vigente que rige a los centros de hemodiálisis. Si esto no ocurre deberemos en conjunto con el Ministerio de Salud de Jujuy resolver la subsanación de los incumplimientos o determinar su reubicación y las condiciones contractuales de esta contingencia.
- Los primeros centros en habilitarse serán los de hospital de San Pedro y hospital de Ledesma los que iniciarán su operación cuatro (4) meses contados desde la fecha de entrega de la infraestructura por parte del Ministerio de Salud.
- El tercer centro en habilitarse será el del hospital de San Roque el que iniciará su operación cuatro (4) meses después del inicio de puesta en marcha de los dos anteriores.
- El cuarto centro en habilitarse será el del hospital de Humahuaca el que iniciará su operación dos (2) meses después del inicio de puesta en marcha del centro de hospital de San Roque.
- Sin perjuicio de la propuesta realizada por el prestador sobre la secuencia de inicio de los centros de hemodiálisis en cada uno de los hospitales, esta será revisada una vez firmado el convenio y podrá modificarse dependiendo de las condiciones de la infraestructura y el equipamiento necesarios para su puesta en marcha.

X.- Plazo de vigencia del convenio.

- La duración propuesta por el proveedor para el presente convenio será de 10 años.

XI.- Propuesta Económica.

- Se pagará al Ministerio de Salud de Jujuy el equivalente en porcentaje de la facturación mensual de cada centro de acuerdo a la siguiente tabla.

Porcentaje de ocupación	Porcentaje de facturación mensual
Igual a 50% y hasta 59%	10%
60% hasta 69%	15%
70% o superior	20%

- Sin perjuicio que el Ministerio nos pueda mandar a realizar las prestaciones de hemodiálisis que requieren los pacientes sin cobertura, el valor de la prestación otorgada a estos pacientes podrá deducirse del pago que el proveedor debe realizar como canon mensual al Ministerio, lo cual debe quedar expresamente señalado en el convenio respectivo.
- El Ministerio asumirá los costos de consumos de agua, luz, gas, lavandería y alimentación, además de la disposición final de residuos peligrosos de los centros de diálisis.

ANEXO III

Descripción General de Proyecto Hemodinamia

Nombre del Proyecto:

“Concesión de Explotación de Unidad de Hemodinamia del Hospital Público Pablo Soria de la Provincia de Jujuy”.

Antecedentes Generales:

Dado la implementación del Plan Estratégico de Salud que busca resolver el déficit de cobertura y de accesibilidad a todas las prestaciones sanitarias de los ciudadanos de la Provincia de Jujuy, y en este caso particular a la brecha existente en unidades de hemodinamia y al creciente aumento de las necesidades de tratamiento de patologías cardiovasculares, especialmente el infarto agudo al miocardio (IAM).

Más aún, al analizar los datos que arroja la distribución de unidades de hemodinamia en el país y por provincias y las prioridades que define el Plan Estratégico de Salud de la Provincia de Jujuy es que creemos con mucha fuerza que lo propuesto aporta elementos fundamentales para el cumplimiento de este, como así también para el mejoramiento de los índices en el ámbito cardiovascular y por sobre todo en la calidad de vida de los habitantes de esta provincia.

La Provincia de Jujuy presenta una demanda creciente de procedimientos de hemodinamia tanto diagnósticos como intervencionistas que están abordados de manera insuficiente en capital, lo que produce una inequidad de acceso y escasa oferta que el Plan Estratégico aborda de manera significativa y en cuyo contexto se enmarca nuestra propuesta. De todas maneras, no es posible el poder descentralizar la entrega de esta prestación ya que para tener referencia acerca de las cantidades de procedimientos que debería hacer cada profesional, citamos a Moreira y Gonzales (2008) “Para mantener abierta una sala de Hemodinamia se recomienda que se realicen al menos 200 casos al año (aunque lo ideal sería 400) y que cada uno de sus hemodinamista realice 75 al año”. Lo señalado anteriormente es un elemento fundamental a tener en cuenta, ya que impacta directamente en la calidad y seguridad con que se realiza este procedimiento.

Distribución y número de salas de hemodinamia por provincia.



PROVINCIA	CENTROS
BUENOS AIRES	39
CIUDAD DE BUENOS AIRES	30
CATAMARCA	3
CHACO	1
CHUBUT	2
CORDOBA	12
ENTRE RIOS	4
FORMOSA	1
JUJUY	1
LA RIOJA	2
LA PAMPA	2
MENDOZA	4
MISIONES	3
NEUQUEN	1
RIO NEGRO	3
SALTA	2
SAN JUAN	3
SAN LUIS	1
SANTA FE	15
SANTIAGO DEL ESTERO	6
TUCUMAN	5
TIERRA DEL FUEGO	1
TOTAL	141

Fuente: Listado de salas acreditadas por Colegio Argentino de Cardioangiólogos Intervencionistas.
<http://www.caci.org.ar/post/acreditacion-de-salas>.

Adicionalmente se muestra a continuación el número de salas no acreditadas por cada provincia que en total suman 192.

PROVINCIA	CENTROS	PROVINCIA	CENTROS	PROVINCIA	CENTROS	PROVINCIA	CENTROS
BUENOS AIRES	66	CORDOBA	27	LA RIOJA	3	SALTA	7
CIUDAD BS	28	CORRIENTES	2	MENDOZA	3	SAN JUAN	4
CATAMARCA	1	ENTRE RIOS	6	MISIONES	3	SAN LUIS	3
CHACO	2	JUJUY	4	NEUQUEN	2	SANTA CRUZ	1
CHUBUT	2	LA PAMPA	4	RIO NEGRO	2	SANTA FE	17
						TUCUMAN	5

Fuente: Listado de salas no acreditadas por Colegio Argentino de Cardioangiólogos Intervencionistas. <http://www.caci.org.ar/post/acreditacion-de-salas>.

Considerando que una sala de hemodinamia por cada 100.000 habitantes es el óptimo que permite brindar una cobertura descentralizada y oportuna a la población y teniendo en cuenta los datos de las tablas precedentes, es posible indicar que en la actualidad para la Provincia de Jujuy se cuenta con una sala cada 134.661 habitantes³.

Consecuentemente, y de acuerdo a este breve análisis, para satisfacer la demanda de la población de la Provincia de Jujuy se hace necesario implementar una nueva sala de procedimientos de hemodinamia.

Proponemos:

Generación de Protocolos Clínicos fundados en medicina basada en evidencia, juicio de expertos, protocolos nacionales y protocolos internacionales.

Generación de plan de capacitación de los funcionarios de la atención primaria a fin de implementar el Programa de Salud Cardiovascular.

Plan comunicacional enfocado a la población para la promoción y prevención en todos aquellos aspectos que puedan afectar la salud Cardiovascular de la comunidad.

Posicionar como eje de la estrategia de promoción y prevención a los pacientes y sus familias, a la comunidad organizada, a los recintos estudiantiles y a las autoridades.

Registro de prestaciones en el sistema Más Salud para el correcto seguimiento, monitoreo y auditoría de estas por parte del Ministerio y aquellas personas que tengan atribuciones para su visualización y análisis.

Establecer telemedicina en la especialidad de Cardiología para dar cobertura de esta especialidad en los lugares más apartados de la provincia. Con horas de profesional especialista en cardiología aportado en nuestra propuesta para estas tareas, el Ministerio de Salud deberá proporcionar las herramientas tecnológicas y de soporte que este servicio requiera.

Las prácticas en Cardiología Intervencionista tienen distintos grados de complejidad, lo que requiere distintas necesidades y áreas de apoyo según el tipo de institución y el servicio que se quiera brindar.

Ante la situación evidenciada nuestra propuesta con respecto al aumento de pacientes requirentes de hemodinamia consiste en la implementación y operación de una Unidad de Hemodinamia en el Hospital Pablo Soria.

³ Considera población oficial del Instituto Geográfico Nacional del CENSO 2010 para la Provincia de Jujuy de 673.307 habitantes y un total de 5 salas de hemodinamia (1 acreditada y 4 no acreditadas)

La unidad contará con:

I.- Infraestructura:

En general

- El espacio mínimo requerido para una operación aceptable de la sala de hemodinamia es de 50 metros cuadrados.
- La sala de angiografía deberá contar con un blindaje adecuado para contener en su interior la radiación generada por el equipo de rayos. Este blindaje suele ser de láminas de plomo dispuestas en paredes, techo, piso, puertas y ventanas.
- La sala deberá ser iluminada de manera que permita ejecutar los procedimientos de forma segura, pero sin entorpecer la visualización de las imágenes en los monitores.
- Sala de control, que es el espacio en el que se encuentran los elementos de monitoreo del paciente. Debe estar comunicada con la sala de angiografía por medio de una ventana desde la cual se observe la mesa radiológica en la que se encontrará el paciente. Deberá contar con fácil acceso a la sala de procedimientos de hemodinámica y permitir una fluida comunicación tanto visual como de forma verbal.
- Todas las superficies deberán ser lavables.
- Sistema de climatización con control de temperatura en todo el recinto.
- Conexión a internet.

Otras dependencias complementarias:

- Una oficina para atención de pacientes y sus familias y para entrega de los respectivos informes.
- Vestidores y baños para médicos y equipo clínico, lavamanos con sistema automático o de pedal.
- Bodega para materiales separando aquellos de riesgo (tóxicos, inflamables, etc.).
- Área de tránsito de basuras y material contaminado, protegida.
- Secretaría.
- Y en general, todos aquellos recintos requeridos por la normativa vigente para el correcto funcionamiento de la unidad.

Delimitación de áreas:

- Área limpia
 - Contará con un espacio exclusivo para trabajo limpio.
 - Ubicada en una zona de fácil acceso y comunicada con la unidad de hemodinamia.

- Estantería con llave para almacenamiento de material y medicamentos de uso clínico.
 - Espacio para almacenamiento de ropa limpia. (en caso de que no exista un espacio exclusivo para este propósito).
 - Depósito transitorio de residuos sólidos impermeable y con tapa.
- **Área Sucia**
 - Estará separada del área limpia y ubicada en un espacio accesible a la sala de hemodinamia.
 - Con sistema de lavado profundo con toma de vacío para limpieza de catéteres.
 - Con depósitos transitorios de residuos sólidos impermeables y con tapa.
 - Con contenedores para estacionamiento transitorio de ropa sucia (en caso de que no exista un espacio exclusivo para este propósito)

Dependencias Específicas:

- Deberá contar con una sala de recuperación y preparación de pacientes, con baño privado. Esta sala deberá estar ubicada contigua a la unidad intervencionista de manera que permita la vigilancia del paciente en su interior y con posibilidad de circulación en su entorno en caso de emergencia. Debe contar además con:
 - Gases clínicos, vacío y aire comprimido (un panel de cabecera con los tres gases por cama).
 - Monitor de signos vitales.
 - Timbre por cama para el llamado a las enfermeras o personal especializado.
 - Posibilidad de ser ampliada para su funcionamiento futuro.

II.- Equipamiento Clínico:

- **Monitoreo Electrofisiológico:**
 - Registro Electrocardiográfico.
 - Dos canales de presión simultánea.
 - Sistema de Registro.
 - Medición de saturación de oxígeno.
 - Cardiodesfibrilador.
 - Carro de paro.
 - Marcapaso transitorio y generador.

- Para procedimientos en pacientes pediátricos se debe considerar, además:
 - Sistema de determinación de saturación de hemoglobina en sangre con micro muestras.
 - Tiempo de Coagulación Activado (ACT).
 - Sistema de acondicionamiento térmico para trabajo en recién nacidos.
 - Mesa de anestesia.

- Equipo de Rayos X
 - Equipo emisor de Rayos X con sistema intensificador de imágenes o detector de estado sólido.
 - Intensificador de imagen: Campo mínimo de 23 cm.
 - Detector de estado sólido bajo norma: Campo mínimo de 20 x20 cm.
 - Definición para intensificador de imágenes: 2.5 pares de líneas / mm de salida.
 - Cadena de TV recomendable: Salida digital: Matriz 1k x 1k. Salida analógica: Cantidad de líneas horizontales 1249
 - El Arco debe tener una arquitectura que permita la realización de proyecciones axial oblicua de 40° y 90° de angulación por electrónica de la unidad.
 - Mesa con plano deslizante para procedimientos radiológicos que permita soportar el peso de un paciente obeso y dar seguridad en situaciones de emergencia.
 - Tubos de rayos X: metálico y/o cerámico. Doble o triple Foco, con Foco grueso no mayor a 1,2 mm.
 - Generadores: Radiación pulsada con control automático de Kv. Potencia recomendable: mayor a 80 KW.
 - Se recomienda una Fluoroscopia pulsada de al menos 30/15 pulsos por segundo.
 - Sistema digital: Monitores de Fluoroscopia, Cine loop, Referencia (opcional)
 - Sustracción en tiempo real (para vascular o neurológico)
 - Sistema Road Mapping (para vascular o neurológico).
 - Velocidad de Adquisición para Cardiología en un rango de 12.5 a 30 imágenes por segundo como mínimo.
 - Para periférico y neurointervencionismo como mínimo de 4 a 7 imágenes por segundo.
 - Sistema de archivo digital de largo plazo estándar Dicom 3.0. Recomendable
 - Se recomienda cumplir con las disposiciones vigentes de ANMAT
 - Sistema de limitación de dosis automática en fluoroscopia, recomendable de mínimo 10 R/min, máximo 20 R/min, a 30 cm del detector, máximo SID y Max KV.

- Archivo de Imágenes
 - Se realizará en CD, DVD o placa radiográfica según corresponda con un archivo de los mismos bajo norma Dicom 3.0 como mínimo.
 - El tiempo de archivo de los mismos se ajustará a las reglas legales vigentes.

- Sistema inyector de medio de contraste.
 - Volumétricas: 1 cm/seg.
 - Volumen total mínimo: 100 cm³ con manejo de tiempo en forma independiente.

- Equipo de protección de rayos X
 - Guardapolvos plomados.
 - Protectores de tiroides.
 - Dosímetros de exposición a Rayos X: disponibles para todo el personal expuesto dentro de la Sala de Procedimientos.
 - Anteojos plomados: para el operador, ayudante técnico y/u otras personas en relación directa con la fuente de Rayos X.
 - Polleras plomadas y mampara de protección radiológica.

Nota: El espacio físico deberá ser lo suficientemente amplio para no entorpecer la manipulación y el resguardo de los elementos adicionales propios de la sala, especialmente aquellos elementos de protección personal. Se deberá considerar además la flexibilidad de los espacios para poder adaptarlos eventualmente, a las nuevas tecnologías.

III.- Medicamentos e insumos.

- Al prestador le corresponderá aportar los insumos necesarios para la correcta realización del tratamiento de hemodinamia, los propios del funcionamiento del equipamiento clínico, como aquellos medicamentos necesarios en el tratamiento convencional de los procedimientos que en esta unidad se realicen, en los términos que se establezcan en el convenio entre las partes.

IV.- El personal de la Unidad de Hemodinamia:

- Hemodinamista principal que será el responsable de los procedimientos de cateterismo.
- Podrá existir un segundo operador que puede ser un hemodinamista en formación) que asistirá al hemodinamista principal.

- Contará con un enfermero especialista el que deberá tener conocimientos en cuidados intensivos, procedimientos de cateterización y medicación cardiovascular.
- La sala de control deberá contar con personal de enfermería preparado para operar los equipos de monitoreo y de atender al paciente durante el proceso.
- Todo el personal que se encuentre o haga ingreso a la sala de hemodinamia deberá hacerlo utilizando equipamiento estéril.
- Personal administrativo y de servicios.
- Todo el personal clínico de esta unidad deberá contar con las certificaciones que la normativa vigente exija.

V.- Controles de calidad de los equipos, de los elementos técnicos y de seguridad de la unidad de hemodinamia.

- Para los equipos se deberá contar con un programa escrito de vigilancia del estado y mantención periódica hecho por personal técnicamente calificado.
- Deberá existir una Hoja de Vida de cada equipo.
- Plan escrito que establezca mecanismos oportunos y eficientes para la reparación de los equipos.
- Manual de procedimiento de uso de los equipos.
- Señalización de áreas y un plan escrito de evacuación de pacientes y personal ante emergencias y catástrofes.
- Extintores de incendio, operativos y en número suficiente de acuerdo a normativa.

VI.- Servicios adicionales a pacientes.

- Los centros proporcionarán asesoría nutricional y psicológica a los pacientes que se encuentren a su cargo, y a sus familiares cuando sea necesario, de manera que se aborde su patología desde una perspectiva bio-psico-social.

VII.- Inicio de operación

- Para que el proveedor cumpla con los plazos establecidos a continuación es necesario que el Ministerio de Salud haga entrega en un solo acto y fecha de la infraestructura para la unidad de hemodinamia propuesto, este es un requisito fundamental para el normal desarrollo del proyecto.
- El inicio de la habilitación de unidad de hemodinamia deberá ajustarse a que el hospital que lo alberga cumpla con la normativa vigente que rige a los centros de hemodinamia. Si esto no ocurre deberemos en conjunto con el Ministerio de Salud de Jujuy resolver la subsanación de los incumplimientos o determinar su reubicación y las condiciones contractuales de esta contingencia.

- El inicio de operación se contempla para fines del primer semestre del año 2019.

VIII.- Plazo de vigencia del convenio.

- La duración propuesta por el proveedor para el presente convenio será de 10 años.

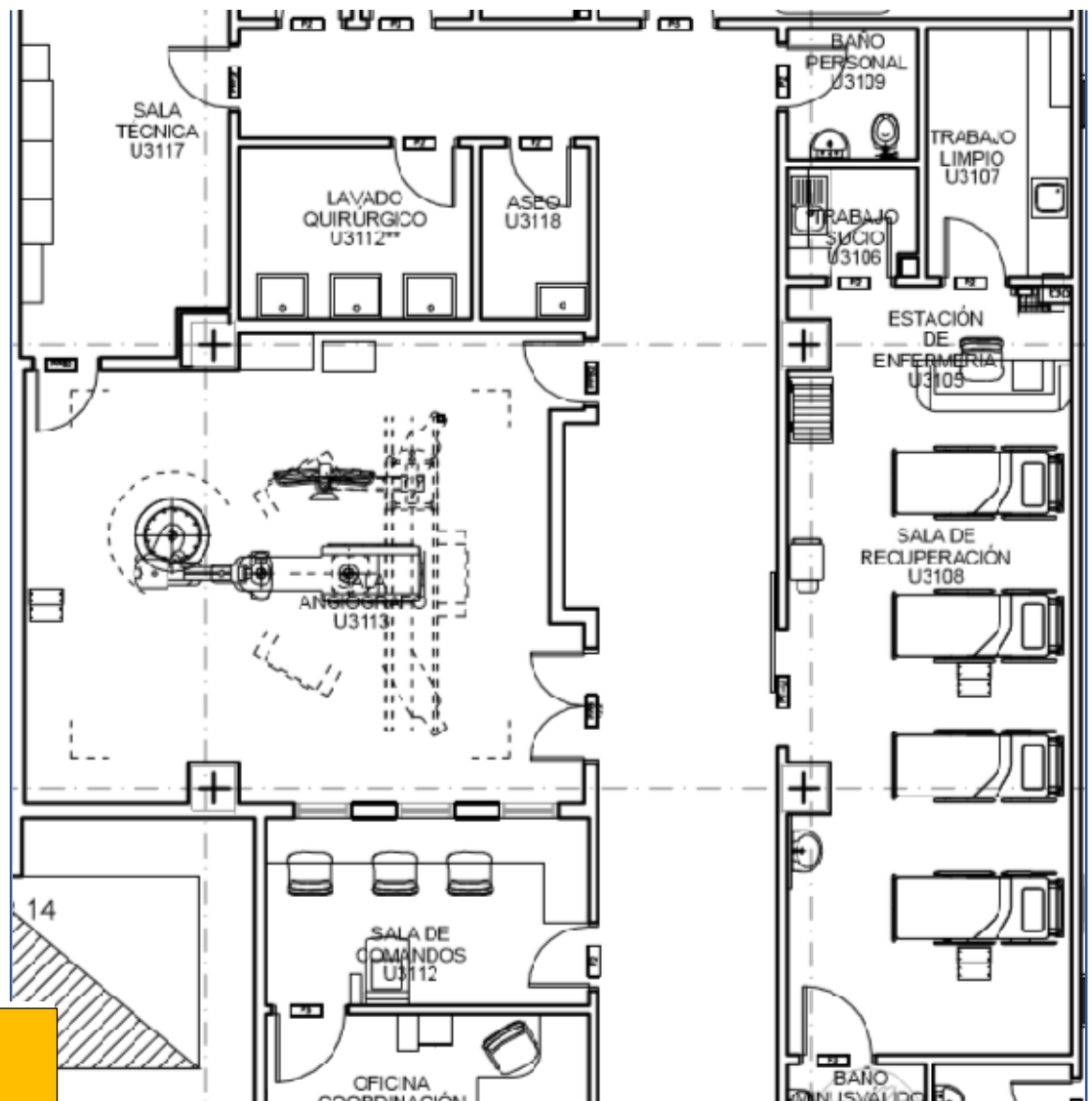
IX.- Propuesta Económica.

- Se pagará al Ministerio de Salud de Jujuy el equivalente en porcentaje de la facturación mensual de acuerdo a la siguiente tabla.

Porcentaje de ocupación	Porcentaje de facturación mensual
Igual a 50% y hasta 59%	10%
60% hasta 69%	15%
70% o superior	20%

- Sin perjuicio que el Ministerio nos pueda mandar a realizar las prestaciones de hemodinamia que requieren los pacientes sin cobertura, el valor de la prestación otorgada a estos pacientes podrá deducirse del pago que el proveedor debe realizar como canon mensual al Ministerio, lo cual debe quedar expresamente señalado en el convenio respectivo.
- El Ministerio asumirá los costos de consumos de agua, luz, gas, lavandería y alimentación, además de la disposición final de residuos peligrosos de la unidad de hemodinamia.

ANEXO IV
Bosquejo Planta de Referencia Unidad de Hemodinamia.



Esta planta es referencial.

1.- Deberá ajustarse a espacio físico entregado por el Ministerio de Salud.

2.- Muestra el óptimo de recintos que debe contener una unidad de hemodinamia

ANEXO V

Descripción General de Proyecto de Oftalmología

Nombre del Proyecto:

“Concesión de Explotación de Unidades de oftalmología primaria itinerante (DOPI) y una unidad de especialidad centralizada oftalmológica (DECO) en el hospital Pablo Soria de la Provincia de Jujuy”.

Antecedentes Generales:

El acceso a la salud visual en Argentina se ha mantenido históricamente como un tema de alta preocupación para las autoridades de salud, en este contexto el Plan Estratégico de Salud implementado en la Provincia de Jujuy a través del Ministerio de Salud busca en este ámbito una sustancial mejora en los niveles de cobertura y calidad en la atención del paciente fundado en la descentralización de la atención y una mejora de la accesibilidad.

La importancia de mantener una adecuada salud visual es innegable. Alrededor de 85% de la información utilizada por el cerebro ingresa a través de esta vía, permitiendo el desarrollo integral del ser humano. Se estima que existen alrededor de 32,4 millones de personas que han perdido la vista a nivel mundial, de las cuales 85% serían por causas evitables. En Latinoamérica y el Caribe se estimó, para el año 2010, que existían 2,3 millones de personas que han perdido la vista. Además, el creciente envejecimiento de la población anticipa una mayor frecuencia de ceguera por causas prevenibles (catarata, glaucoma, retinopatía diabética, degeneración macular relacionada a la edad, entre otras). Sin embargo, los costos de la atención oftalmológica y los gastos originados por la pérdida visual han alcanzado cifras difíciles de afrontar, lo que desemboca en un escaso acceso y un aumento en las tasas de ceguera, sobre todo en poblaciones más pobres. En Argentina, las inequidades en el acceso, la baja resolutivez, y las desigualdades en la calidad de la atención del sistema de salud son temas recurrentes y prolongados en el tiempo, cuyas soluciones más concretas deben comenzar al amparo del Plan Estratégico de Salud.

La presente propuesta consiste en la implementación de dos tipos de dispositivos oftalmológicos:

- 1.- Dispositivo Oftalmológico Primario Itinerante (DOPI)
- 2.- Dispositivo de Especialidad Centralizado-Oftalmológica (DECO)

Dispositivo Oftalmológico Primario Itinerante (DOPI)

Hasta fines del siglo XX, la atención oftalmológica funcionaba en instituciones de alta complejidad en un modelo biomédico donde el foco del análisis estaba en la enfermedad y la respuesta del individuo a ella. Este proceder tenía escasa resolutivez a nivel primario, un lento acceso a la salud visual de

especialidad e insuficientes tiempos destinados a la promoción y prevención. Ante esta realidad es impostergable iniciar un proceso de creación, diseño e implementación de un centro de atención oftalmológica permanente dentro de la APS, con el fin de mejorar el acceso y la resolutiveidad de patologías de baja complejidad, dejando solamente los problemas de alta complejidad para el servicio de tercer nivel. El objetivo fundamental de esta propuesta es descentralizar la atención oftalmológica, realizando prestaciones de tecnólogo y oftalmólogos de manera itinerante mediante el desplazamiento de un móvil que cuente con la infraestructura y equipamiento necesario para estos fines.

Es interesante resaltar que, en este modelo piloto de oftalmólogos en la APS, serán los pacientes los que estarán al centro de la atención y solo serán derivados a tercer nivel de atención cuando los profesionales de la DOPI determinen su continuidad asistencial siendo la unidad de mayor complejidad oftalmológica la llamada a resolver a estos pacientes. Así, se debe consolidar como la puerta de entrada a la atención visual de la red pública de salud de la Provincia de Jujuy y el lugar de resolución de 80% a 90% de las consultas oftalmológicas generales, una vez agotada esta instancia, se derivará, según proyección de demanda a la atención de alta complejidad para exámenes específicos, tratamientos de mayor complejidad, manejo quirúrgico o evaluación por subespecialistas entre 10-20% de las consultas atendidas en la DOPI. Esta política lograra acercar la oftalmología a la población usuaria, mejorando el acceso, la resolutiveidad y la calidad visual de los ciudadanos en la APS. Además, cambiará el modelo de salud oftalmológico biomédico complejo y altamente tecnificado, al modelo biopsicosocial de los centros de la APS, itinerantes e interconectados en la red de atención, con acceso a la alta complejidad solamente cuando sea necesario.

La DOPI se creará con el objetivo de disminuir las listas de espera en dicha área, entregando una atención de calidad para cubrir las necesidades de atención visual de la población.

Según estipula la presente propuesta, se atenderán a todas las personas con requerimientos oftalmológicos, en las distintas áreas de la provincia, priorizando aquellas zonas con dificultades de acceso, y características propias de la población como ruralidad, número de adultos mayores, entre otros.

I.- Infraestructura:

Dimensión y Distribución Física.

Las dimensiones físicas que debe contar la DOPI corresponden a una sala de 20 metros cuadrados, la cual se subdivide en 2 box, uno de consulta oftalmológica y la otra correspondiente a procedimientos y/o exámenes (ver plano).

Esta estructura física será instalada en un vehículo lo que le permitirá desplazarse por toda la provincia.

El detalle de las dimensiones son las siguientes:

- Largo: 5 metros.
- Ancho: 4 metros.
- Ancho vía de Acceso: 80 centímetros aproximadamente (Ancho silla ruedas).
- Ventanas (2) 1.20 metros x 1.20 metros.
- Tabique separador: 3.50 metros.

Sala Exámenes

- Ancho: 2 metros.
- Largo: 5 metros.

Sala Consulta

- Ancho: 2 metros.
- Largo: 5 metros.

En general

- Contará con pisos y superficies lavables.
- Sistema de climatización con control de temperatura.
- Iluminación.

Dicho espacio físico debe contar con lo siguiente:

- Un lavamanos.
- Escritorio con cajonera y 3 sillas (1 para profesional, 1 para paciente y 1 para acompañante).
- Reguladores de intensidad de luz.
- Repisa con adornos o juguetes infantiles para atención pediátrica.
- Mesa y 2 sillas para lámpara de hendidura.
- Material de oficina.

II.- Equipamiento Clínico:

El Instrumental básico necesario es el siguiente:

- Tonómetro Aplanático.
- Oftalmoscopio directo.
- Autorefractómetro.
- Perímetro de doble frecuencia (FDT).
- Lámpara de hendidura.
- Caja de lentes.

- Oftalmoscopio indirecto.
- Cartilla de Prueba o Proyector.
- Equipamiento de Estrabismo para screening: Paletas con objetos de fijación, oclusores, espejo plano, linterna, test de estereopsis, filtro rojo. Montura de prueba universal.
- Montura de prueba pediátrica.
- Cartilla de Lectura visión próxima.
- Lensómetro.
- Retinoscopio.
- Cilindros Cruzados.
- Cajas de Prismas en barra y sueltos.

III.- Medicamentos e insumos.

Arsenal farmacológico para procedimientos diagnósticos Anestésicos:

- Proparacaína.
- Midriáticos: Tropicamida 1%, Fenilefrina 2,5%.
- Ciclopéjicos: Ciclopentolato 1%.
- Cintas de Fluoresceína Estéril.
- Cintas de Schirmer Estériles.

Arsenal Farmacológico para procedimientos terapéuticos básicos (de urgencia):

- Mióticos: Pilocarpina 1% en colirio.
- Lagrimas Artificiales en colirio.
- Antibióticos en colirio.

Insumo

- Tela Adhesiva.
- Gasa.
- Tómulas de algodón.
- Alcohol 95%.
- Alcohol Isopropílico.

IV.- El personal del Dispositivo Oftalmológico Primario Itinerante (DOPI)

- Médico Oftalmólogo, sus funciones son las siguientes:
 - Diagnóstico, TTO, seguimiento y control en la misma DOPI de enfermedades crónicas, por ejemplo, Glaucoma.
 - Resolución a nivel primario de urgencias complejas que no requieran intervención en nivel terciario.
 - Participar en jornadas de educación ya sea del personal como de la comunidad.

- Derivación a sector terciario de patologías complejas.
- Tecnólogo Médico con especialidad en Oftalmología, sus funciones son las siguientes:
 - Realizar el screening visual y derivación con pertinencia.
 - Realizar exámenes previos a la consulta con Oftalmólogo, de acuerdo a lo observado en el screening inicial.
 - Educación de la población y del personal del consultorio.
 - Verificar equipos, insumos, y elementos de trabajo.
 - Detectar Vicios de Refracción ocular, mediante la ejecución, análisis, interpretación y evaluación de pruebas y exámenes destinados a ese fin.
 - Prescribir, adaptar y verificar lentes ópticos.
 - Administrar los fármacos del área oftalmológica.
 - Controlar las ayudas técnicas destinadas a corregir vicios de refracción.
 - Detectar alteraciones del globo ocular y disfunciones visuales.
 - Derivar oportunamente al médico cirujano especialista que corresponda en caso de detectar alguna patología.
- Agente sanitario, sus funciones son las siguientes:
 - Apoyo técnico a la labor del Tecnólogo Médico y/o Médico Oftalmólogo
 - Preparar al paciente previo a la consulta.
 - Medir AV, instalar algunas gotas, verificar existencia de insumos, preocuparse también por el aseo del ambiente de trabajo.
- Secretaria, sus funciones son las siguientes:
 - Recepcionar al paciente.
 - Encargada de las fichas clínicas
 - Otorgar horas de procedimientos, médicas.
 - Orientar al usuario.

Dispositivo de Especialidad Centralizado-Oftalmológica (DECO)

La oftalmología es una sofisticada especialidad de la medicina que evoluciona a gran velocidad. La esencia de esta rápida evolución probablemente resida en el valor intrínseco del restablecimiento de la visión y prevención de su pérdida y de los métodos quirúrgicos utilizados que los convierten en un esfuerzo permanente de las autoridades de salud y que es abordado en el Plan Estratégico de Salud de la Provincia de Jujuy para generar un acceso más equitativo y un bienestar dado la creciente población de adultos mayores que se ven afectados por patologías oftalmológicas.

La evolución de la cirugía mayor ambulatoria en oftalmología ha supuesto una de las mayores revoluciones en la asistencia sanitaria reduciendo el costo de las patologías de forma sustancial. Pero, además, la aplicación de nueva tecnología y técnicas quirúrgicas ha incrementado la capacidad de aplicar tratamientos a una mayor velocidad reduciendo las complicaciones y acelerando la rehabilitación visual.

En este contexto la presente propuesta busca la creación de un centro de mayor complejidad oftalmológica en el Hospital Pablo Soria con consulta médica ambulatoria y cirugía oftalmológica ambulatoria.

Es fundamental establecer una cartera de servicios que sea correspondiente con las necesidades de una población en armonía con la complejidad del hospital Pablo Soria. Se abordarán las enfermedades amenazantes de la visión más prevalentes en la Provincia de Jujuy, excluidos y remitidos a otro centro la patología pediátrica, inflamatorio ocular complejo, la oncología ocular, la cirugía orbitaria, la cirugía de trasplante de tejidos y la patología traumática grave.

Cartera de servicios:

- Atención básica primaria.
- Cirugía de catarata.
- Tratamiento de la retinopatía diabética.
- Tratamiento de la DMAE (degeneración macular asociada a la edad).
- Tratamiento del glaucoma.
- Tratamiento quirúrgico de enfermedades de retina.
- Tratamiento quirúrgico de patología palpebral y lagrimal.

I.- Infraestructura.

En la presente propuesta se requiere que el Hospital Pablo Soria aporte la siguiente infraestructura que de soporte para el correcto funcionamiento del DECO:

- Red eléctrica.
- Red de agua y alcantarillado.
- Quirófano con el equipamiento de anestesia.
- Dependencias para estadía pre y posquirúrgicas asociadas a la cirugía ambulatoria.
- Dependencias para consulta externa (ambulatoria) oftalmológica. Serán necesarios una sala de exploración básica con un proyector de optotipos, un refractómetro automático y un frontofocómetro automático y tres salas con unidad de exploración con lámpara de hendidura, proyector y Tonómetro. Por lo menos uno necesitará una caja de lentes y montura de

pruebas. Una tercera sala para el campímetro y para alojar el aparato de OCT (tomografía de coherencia óptica).

II.- El personal del Dispositivo de Especialidad Centralizado-Oftalmológica (DECO)

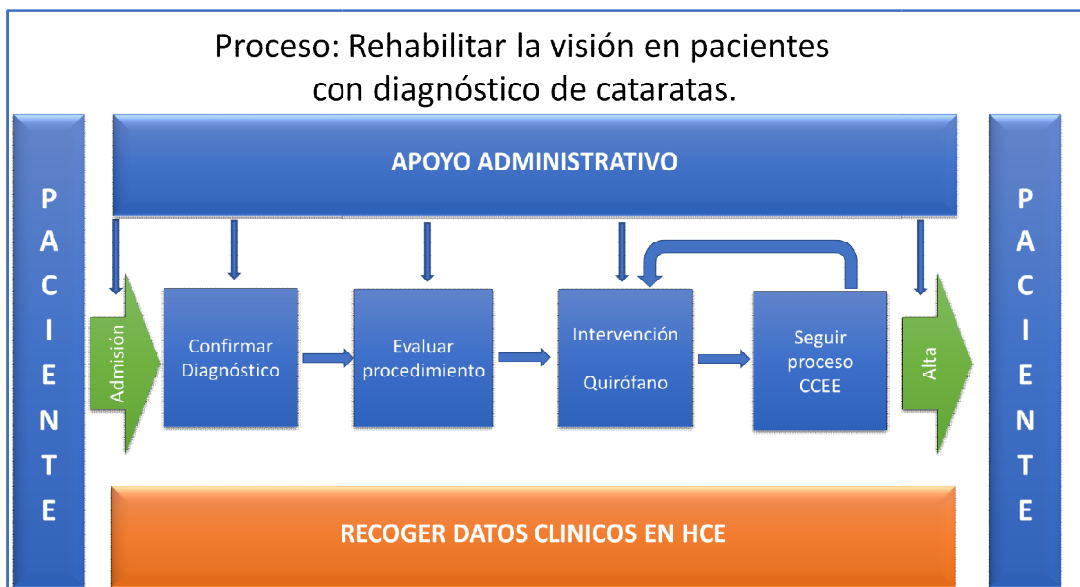
Nuestra propuesta consiste en este aspecto en el aporte de todo el recurso humano necesario tanto de médicos como del personal de apoyo.

- Médico oftalmólogo.
- Médico anestesista.
- Tecnólogo oftalmológico.
- Enfermera.
- Agente sanitario.
- Secretaria.
- Camillero.

III.- Procesos Clínicos

Proceso de cataratas

Se define proceso de catarata como la secuencia de actuaciones encaminadas al diagnóstico y tratamiento quirúrgico de las opacidades evolutivas del cristalino (catarata). Consideramos proceso completo de la catarata, toda la atención prestada al paciente desde la primera visita al hospital hasta el alta definitiva, tras realizar las revisiones postoperatorias pertinentes y la graduación final del paciente. El protocolo completo está contenido en un documento anexo.



Intervenciones y procedimientos considerados

- Diagnóstico por evaluación de la pérdida visual, evaluación oftalmológica y complementaria preoperatoria.
- Manejo no quirúrgico como consejo de la interrupción del hábito tabáquico o el uso de filtros ultravioletas.
- Manejo quirúrgico de la catarata que incluya: selección del paciente; evaluación médica preoperatoria, informar de los riesgos, beneficios, resultados previstos y plan del cuidado postoperatorio; discutir las técnicas de anestesia y los efectos sobre el paciente; prevención de la infección con povidona yodada al 5%; selección de la técnica quirúrgica, implante de la lente intraocular (monofocal o multifocal) cuidado postoperatorio como puede ser el manejo de complicaciones y el alta.
- Manejo quirúrgico de las complicaciones como esté indicado.
- Capsulotomía YAG para el tratamiento del engrosamiento y opacidad capsular posterior a largo plazo.

Protocolo de proceso rehabilitar la visión en pacientes con catarata

- Protocolo diagnóstico: primario o confirmación.
- Protocolo del consentimiento informado y control de su existencia.
- Protocolo de gestión preoperatorio.
- Protocolo de cálculo de la potencia de la lente intraocular.
- Protocolo de evacuación preoperatoria consensuado con el anestesiólogo.
- Protocolo de higiene y desinfección del ojo a operar.
- Protocolo de anestesia para cirugía ocular.
- Protocolo de transferencia del paciente hacia y desde quirófano.
- Protocolo: prevención de infecciones intraoculares.
- Protocolo: listado de chequeo de seguridad quirúrgica.
- Protocolo: acto quirúrgico
- Protocolo de atención postquirúrgica inmediata.
- Protocolo de tratamiento postoperatorio.
- Protocolo de alta de la UCSI, atención postoperatoria planeada y de urgencia: información y documentación de alta. Check list antes de retirar la pulsera electrónica.
- Protocolo de revisión postoperatoria: el día, la semana y el mes después. Criterios de alta definitiva.
- Protocolo de manejo de complicaciones: endoftalmitis, hemorragia coroidea, luxación nuclear, desprendimiento de retina, edema macular quístico.

Proceso del glaucoma

El proceso de glaucoma pretende establecer los procedimientos para el cuidado multidisciplinar de los pacientes con glaucoma en un área sanitaria. Por lo tanto, prevé varios niveles de atención según el riesgo de progresión de la

enfermedad, la severidad de la pérdida visual, el tratamiento requerido, la comorbilidad ocular y sistémica sólo en adultos mayores de 18 años. Esto lo distingue de un hospital de referencia terciario donde la población de pacientes con glaucoma sea mayoritariamente de grados altos de riesgo, severidad y complejidad. El protocolo completo está contenido en un documento anexo.



Los principios en los que se sustenta este proceso son:

- La alta prevalencia de la enfermedad: alrededor de un 2% de la población mayor de 40 años.
- El carácter crónico de larga evolución: evolución media de 13 años.
- La evolución de todos los pacientes debe ser monitorizada; algunos deben recibir intervenciones terapéuticas complejas. Necesidades asistenciales de los pacientes en forma de pirámide.
- Monitorización es susceptible de estandarización.

Definición del proceso

Secuencia de actos asistenciales multidisciplinarios y coordinados encaminados a manejar el glaucoma en cada paciente que lo requiera en el territorio definido. Su ámbito de acción se extiende a pacientes mayores de 18 años con riesgo detectado de desarrollar glaucoma o pacientes ya diagnosticados de la enfermedad. No pretende establecer, por lo tanto, un sistema de detección de la enfermedad en la población general. El proceso se dividirá para facilidad del diseño y la implantación en tres subprocesos que atienden a los tres niveles asistenciales definidos.

Niveles asistenciales y definición de los subprocesos;

Nivel asistencial 1: diagnóstico, clasificación, establecimiento de la línea base de referencia, establecimiento de la evolución inicial y establecimiento de plan de monitorización del paciente con glaucoma. Subproceso NAI.

Nivel asistencial 2: manejo del paciente en progresión y del paciente complejo. Subproceso NAII Nivel asistencial 3: manejo del paciente quirúrgico. Subproceso NAIII.

Ámbito de acción del subproceso del NAI (nivel asistencial).

Este subproceso es el que permitirá ordenar el cuidado del paciente con glaucoma en el territorio de forma eficiente.

Definición del ámbito del NAI

Pretende establecer un sistema organizado en el que todos los pacientes con glaucoma o riesgo de padecerlo, a excepción de los que su gravedad exija otra intervención, sigan un programa altamente sensible que garantice un cuidado igual o mejor que el que se provee en un departamento hospitalario y altamente específicos de forma que puedan alcanzarse altos niveles de eficiencia.

Pacientes a los que va dirigido: incorpora a todo paciente que tras la primera o segunda citas con el oftalmólogo no requiera intervención quirúrgica urgente y pueda entrar en las siguientes fases del manejo de su enfermedad:

1. Fase de estabilización: paciente con diagnóstico hipertensión ocular en tratamiento o de glaucoma primario o secundario de ángulo abierto para:

- Establecimiento de la evolución inicial.
- Estudio del efecto del tratamiento tópico establecido.
- Secuencia de tratamiento tópico prefijado en el plan de monitorización.

2. Fase de monitorización: para todo paciente con HTO o que habiendo sido estudiado durante la fase de estabilización demuestra que se han alcanzado los objetivos clínicos fijados y se inicia un periodo de mantenimiento del tratamiento y controles rutinarios regulares.

IV.- Inicio de operación

- Para que el proveedor cumpla con los plazos establecidos a continuación es necesario que el Ministerio de Salud haga entrega en un solo acto y fecha de la infraestructura para el Dispositivo de Especialidad Centralizado-Oftalmológica (DECO) propuesto, este es un requisito fundamental para el normal desarrollo del proyecto.
- El inicio de la habilitación del dispositivo deberá ajustarse a que el hospital que lo alberga cumpla con la normativa vigente que rige a este tipo de centros. Si esto no ocurre deberemos en conjunto con el Ministerio de

Salud de Jujuy resolver la subsanación de los incumplimientos o determinar su reubicación y las condiciones contractuales de esta contingencia.

- El inicio de operación se contempla para fines del cuarto trimestre del 2018.

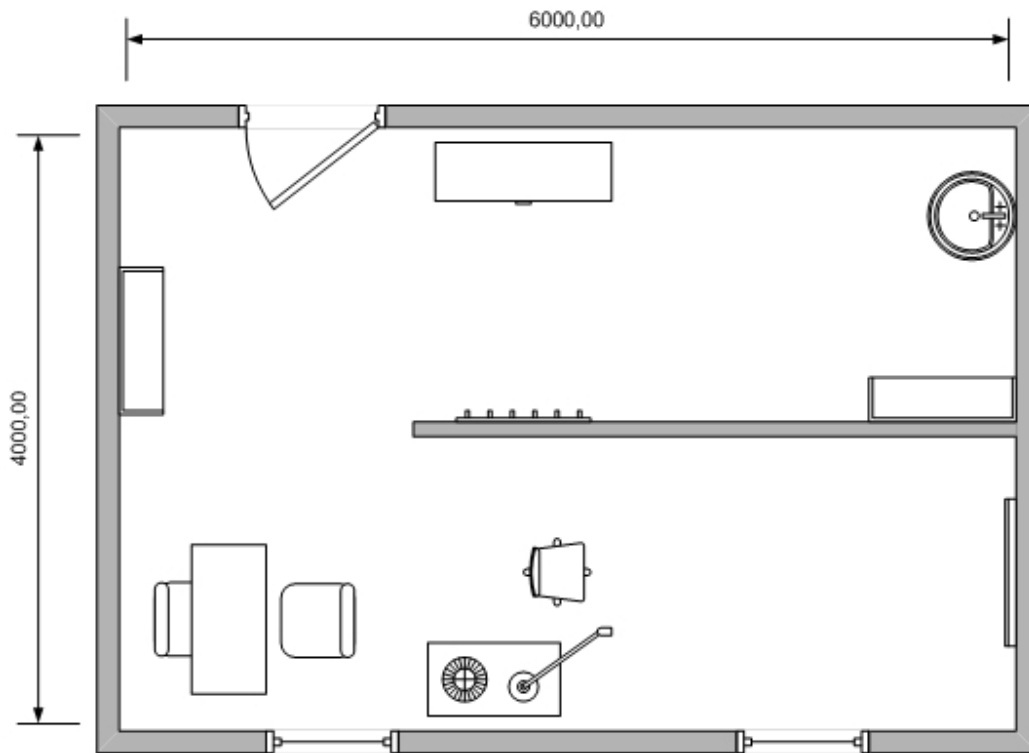
V.- Plazo de vigencia del convenio.

- La duración propuesta por el proveedor para el presente convenio será de 10 años.

VI.- Propuesta Económica.

- Se pagará al Ministerio de Salud de Jujuy el equivalente al 20% de la facturación mensual del Dispositivo de Especialidad Centralizado-Oftalmológica (DECO) y Dispositivo Oftalmológico Primario Itinerante (DOPI).
- Sin perjuicio que el Ministerio nos pueda mandar a realizar las prestaciones de oftalmología que requieren los pacientes sin cobertura, el valor de la prestación otorgada a estos pacientes podrá deducirse del pago que el proveedor debe realizar como canon mensual al Ministerio, lo cual debe quedar expresamente señalado en el convenio respectivo.
- El Ministerio asumirá los costos de consumos de agua, luz, gas, lavandería y alimentación, además de la disposición final de residuos peligrosos de los dispositivos oftalmológicos.

ANEXO VI
Bosquejo Planta de Referencia Dispositivo Oftalmológico Primario Itinerante (DOPI)



ANEXO VII

Descripción General de Proyecto Oncología.

Nombre del Proyecto:

“Concesión de Explotación de Unidad de Oncología (Radioterapia y Quimioterapia) del Hospital Público Pablo Soria de la Provincia de Jujuy”.

Antecedentes Generales:

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son, en la actualidad, la principal causa de defunción a nivel mundial. El cáncer es la segunda causa de mortalidad general y fue responsable de 8,2 millones de muertes en el mundo en 2012, dos terceras partes de las cuales ocurrieron en países de ingresos bajos y medios.

Según estimaciones de la IARC para el año 2012, nuestro país se ubicó entre los países con mortalidad por cáncer media-alta, presentando una tasa ajustada por edad (TAE) de 115 defunciones /100.000 habitantes (en ambos sexos), cifra que la posiciona en el tercer lugar entre los países del continente americano (Figura 1).

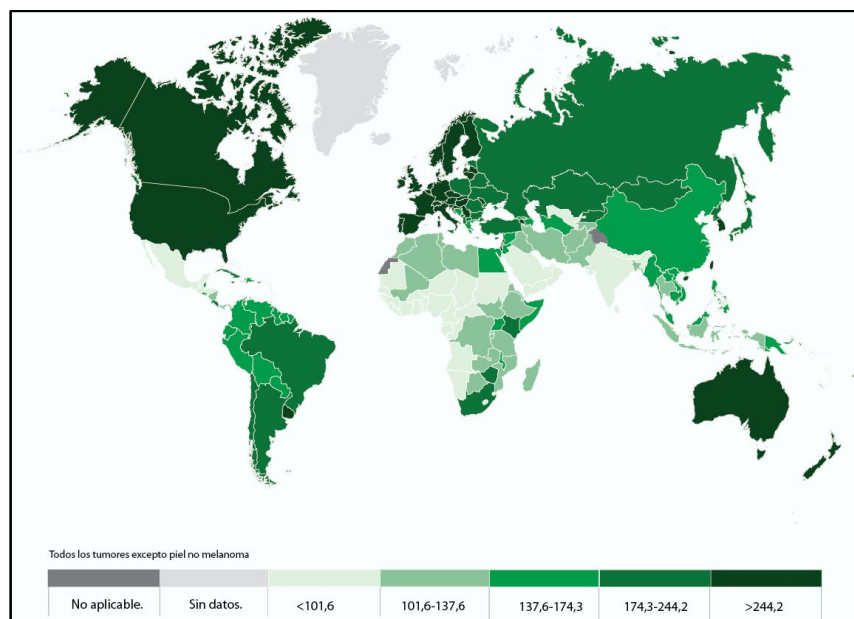


Figura 1: Estimaciones de mortalidad por cáncer en ambos sexos en el mundo, 2012. Todos los cánceres, excluyendo piel no melanoma. Tasas ajustadas por edad según población mundial por 100.000 habitantes

En 2016, la mortalidad por cáncer registrada en Argentina fue de 120,1 y 87,9 defunciones por cada 100.000 varones y mujeres respectivamente (tasas estandarizadas por población mundial estándar). Con algo más de 62.000 fallecimientos representaron el 18% del total de las defunciones, precedidas por las enfermedades cardiovasculares (29%) y las respiratorias (19%). Esta enfermedad, junto a las enfermedades cardiovasculares, las respiratorias crónicas y la diabetes, integra el grupo de las ENT más relevantes; las cuales concentraron el 52% de todas las defunciones registradas en 2016.

En el año 2016 se registraron en Argentina 62.246 defunciones por cáncer, 52% de las cuales se produjeron en varones (32.274) y 48 % en mujeres (29.947).

SITIO TUMORAL	AMBOS SEXOS		VARONES		MUJERES	
	Promedio anual de casos	%	Promedio anual de casos	%	Promedio anual de casos	%
Mama	19386	16,8			19386	32,2
Colon-recto	13558	11,8	7237	13,2	6321	10,5
Pulmón	11244	9,8	7690	14,0	3554	5,9
Próstata	11202	9,7	11202	20,4		
Cervix	4956	4,3			4956	8,2
Riñón	4068	3,5	2650	4,8	1418	2,4
Páncreas	3988	3,5	1954	3,6	2034	3,4
Estómago	3738	3,2	2374	4,3	1364	2,3
Vejiga	3546	3,1	2701	4,9	845	1,4
Linfoma No-Hodkin	3039	2,6	1615	2,9	1424	2,4
Leucemias	2372	2,1	1369	2,5	1003	1,7
Ovario	2274	2,0			2274	3,8
Esófago	2263	2,0	1493	2,7	770	1,3
Otros	29528	25,6	14668	26,7	14860	24,7
Total	115162	100,0	54953	100,0	60209	100

Tabla I.

Tabla 1: Distribución absoluta y relativa de la mortalidad por cáncer en varones y mujeres según principales topografías. Argentina, 2016. Fuente: Elaborado por SIVER/INC en base a los datos Globocan2012, Argentina 2017.

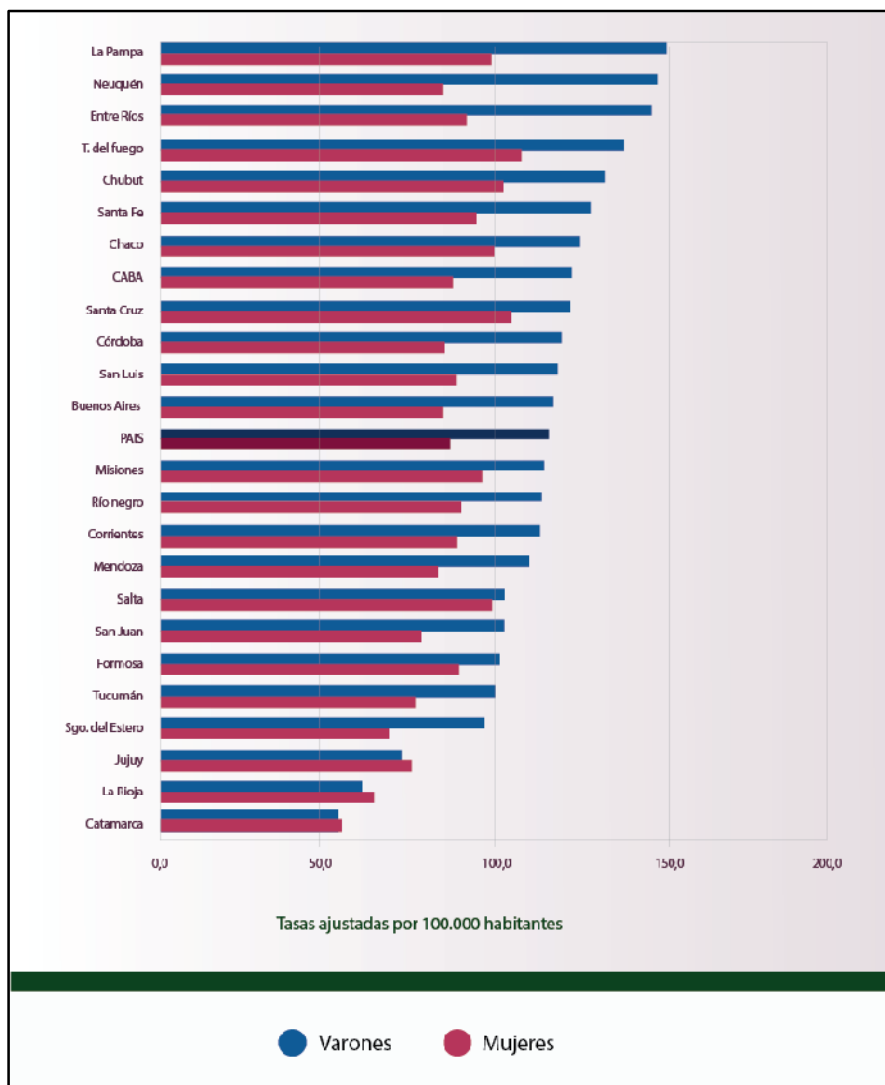


Gráfico 4: mortalidad por cáncer en varones y mujeres – todos los sitios – según jurisdicciones. Tasas ajustadas por edad por 100.000 habitantes. Argentina y sus jurisdicciones, 2016. Fuente: SIVER/INC – Ministerio de Salud de la Nación en base a registros de mortalidad de la DEIS. Argentina, 2017.

Al interpretar los datos que nos muestra el gráfico 4 podemos señalar que en la Provincia de Jujuy en el caso de mujeres la tasa de mortalidad por cáncer es levemente menor que la tasa nacional y en el caso de los hombres, la diferencia es significativamente menor que la de Argentina.

Esto no nos debe llevar a no priorizar en esta área o a pensar que está todo hecho, claramente el Plan Estratégico señala los énfasis en enfrentar las enfermedades no transmisibles y esto supone mejorar sustancialmente la oferta de servicios que permitan a la población de toda la provincia acceder con oportunidad y calidad a estos.

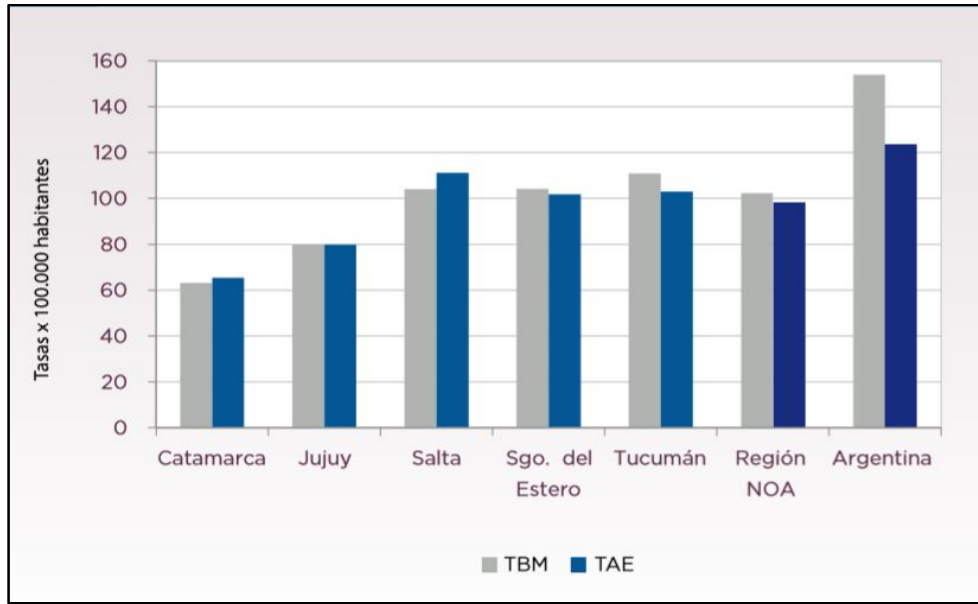


Gráfico 5: Tasas de mortalidad por cáncer crudas y ajustadas por edad por 100.000 varones según jurisdicciones. Todos los sitios. Región NOA y Argentina, 2015. Fuente: SIVER-Ca en base a datos de la DEIS. Ministerio de Salud de la Nación. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

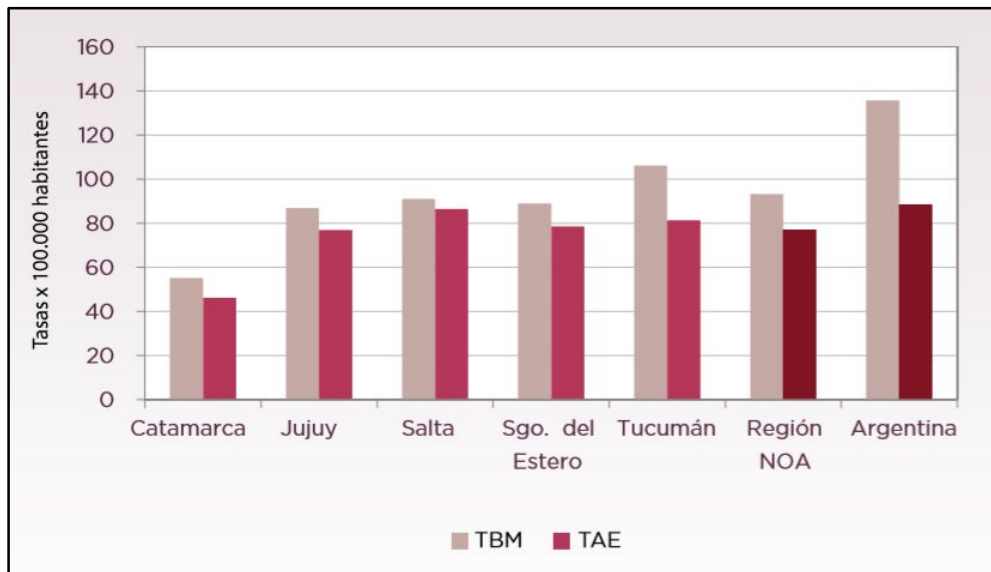


Gráfico 6: Tasas de mortalidad por cáncer crudas y ajustadas por edad por 100.000 mujeres según jurisdicciones. Todos los sitios. Región NOA y Argentina, 2015. Fuente: SIVER-Ca en base a datos de la DEIS. Ministerio de Salud de la Nación. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

El cáncer presenta una compleja trama de determinantes relativos al orden genético, ambiental y a los diferentes estilos de vida tanto individuales como colectivos.

Comparte con las principales enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) algunos factores de riesgo relacionados con el comportamiento: bajo consumo de frutas y hortalizas; actividad física baja, alto índice de masa corporal; consumo de tabaco e ingesta excesiva de alcohol.

Se estima que, si se pudieran eliminar los principales factores de riesgo de las ECNT, podría evitarse un 80% de las enfermedades cardíacas, accidentes cerebro vasculares y diabetes tipo 2, como así también el 40% de los cánceres, hecho del que se deriva la necesidad de realizar intervenciones costo efectivas tanto a nivel poblacional como individual.

Dada la relevancia que las ECNT tienen como problema de salud pública, en nuestro país se realiza la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles (ENFR) cada cuatro años a partir de 2005, con el objetivo de relevar los principales factores de exposición para este grupo de enfermedades.

El único factor de riesgo de los considerados que mostró una clara tendencia descendente en los últimos ocho años a nivel país fue el tabaquismo, no obstante, en la Provincia de Jujuy, tal cual lo muestra el gráfico 7 al comparar el periodo 2009 – 2013, la prevalencia de tabaquismo sube significativamente siendo los varones los que presentan mayor consumo (31,5%) comparado con el índice de Argentina (29,9%)

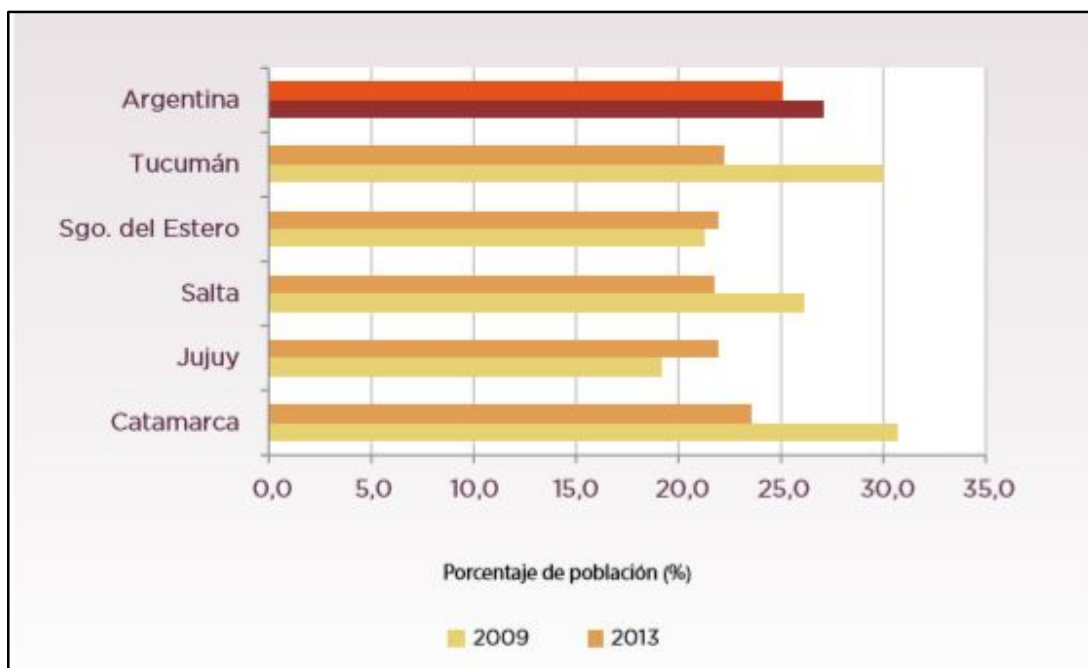


Gráfico 7: Prevalencia de tabaquismo según jurisdicciones. Región NOA y Argentina, 2009 y 2013. Fuente: SIVER-Ca en base a la ENFR para Enfermedades No Transmisibles 2013. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

Las terapéuticas oncológicas actuales son multidisciplinarias, con variados métodos, ya sean únicos o combinados, siendo la cirugía temprana el método con mayor tasa de curación, seguido por la radioterapia y la quimioterapia como tratamiento estándar. Las diferentes estrategias disponibles más utilizadas de tratamiento oncológico son, por tanto, en orden de efectividad:

- Cirugía
- Radioterapia
- Quimioterapia
- Hormonoterapia
- Inmunoterapia

Ante un cáncer ya diagnosticado y correctamente etapificado, se requerirá la aplicación de un protocolo de tratamiento que utilizará frecuentemente una o varias de las alternativas antes mencionadas. En ese contexto, se estima que aproximadamente el 60% al 70% de los enfermos de cáncer, que tengan acceso a sistemas de salud, lograrán el control de la enfermedad y que un número importante de los pacientes requerirá ingresar a un programa de cuidados paliativos y alivio del dolor.

El manejo de pacientes con cáncer, se ha hecho cada vez más complejo, tanto en su etapa diagnóstica, como en el proceso de tratamiento. Lo favorable es que los resultados terapéuticos también han evolucionado, siendo cada día más esperanzadores.

Con el tiempo han aparecido nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas que requieren no sólo de una infraestructura adecuada, sino que también de un equipo profesional altamente especializado. Por esta razón, la oncología es un área en donde las decisiones normalmente se toman en equipo multidisciplinario (comité oncológico) cuyas decisiones se basan en las guías clínicas vigentes, protocolos internos, estándares internacionales y en medicina basada en la evidencia.

En la actualidad, es una exigencia que las patologías complejas como los diversos tipos de cáncer sean manejadas por protocolos aplicados por un equipo interdisciplinario de especialistas.

- Método terapéutico a abordar en el proyecto:

Radioterapia:

La radioterapia (también llamada terapia con rayos X o irradiación) consiste en el uso de un tipo de energía (llamada radiación ionizante) para destruir las células cancerosas y reducir el tamaño de los tumores. La radioterapia lesiona o destruye las células en el área que recibe tratamiento al dañar su material

genético y hacer imposible que crezcan y se dividan. Si bien la radiación no es selectiva, es decir, compromete tanto las células cancerosas, así como las normales, afortunadamente, muchas de estas últimas logran recuperarse de los efectos de la radiación y retoman su funcionamiento normal.

Se ha demostrado que el mejoramiento de la calidad de la Radioterapia, puede incrementar la sobrevivencia frente al cáncer hasta en un 15%, esto se refiere al uso de un equipamiento y programa de control de calidad adecuada.

El objetivo de la radioterapia es destruir el mayor número posible de células cancerosas y limitar el daño que sufre el tejido sano alrededor a la lesión.

En algunos casos, el objeto de la radioterapia es la destrucción completa de un tumor (intención curativa). En otros, el objetivo es reducir el tamaño del tumor y aliviar los síntomas (intención paliativa). Respecto de las modalidades de radioterapia, las alternativas son: Tele terapia o radioterapia a distancia, en la que se utilizan equipos de cobalto o aceleradores lineales y la Braquiterapia, que se realiza a corta distancia y entrega radiación desde una fuente radioactiva de forma intracavitaria o intersticial (dentro o muy cercano al tumor).

A continuación, se desarrolla una comparación entre dos tecnologías utilizadas para el tratamiento de tumores malignos. La siguiente tabla intenta poner de manifiesto las características principales de ambas tecnologías mostrando ventajas y desventajas de cada una. La entrega de radiación con equipos con fuente de radiación externa es una técnica que comenzó a fines del siglo XIX a mediados de la década de 1890, luego se desarrollaron equipos de Cobalto como fuente de radiación que contribuyeron al manejo de la fuente radioactiva. Posteriormente, en la década de 1950 se desarrollaron los equipos denominados aceleradores lineales que no poseen una fuente de radiación, sino que, a través de la aceleración de electrones generan radiación ionizante que afecta la estructura del DNA de células tumorales provocando su muerte. (Tabla N°2).

Tabla 2: Comparación Tecnologías Radioterapia

CARACTERISTICA	COBALTOTERAPIA	ACELERADOR LINEAL
Diagnósticos con indicación de radioterapia	Cáncer de mamas y cáncer terminal	Cáncer de mamas, abdomen y pelvis, cabeza y cuello, piel, micosis fungoide, pulmón, testicular, leucemia, linfomas, sarcoma partes blandas, tumores SNC y cáncer terminal
Aplicación y efectos	Aplicación de menor dosis de radiación, con menor control del tumor. La irradiación del cobalto abarca mayor cantidad de tejidos sanos circundantes y no permite control de profundidad	Permite aplicar una mayor dosis total de radiación por tratamiento (6 o más veces que el cobalto), mejorando el control de la enfermedad. También permite enfocar la radiación sobre el tumor y proteger los tejidos sanos circundantes, reduciendo los efectos secundarios. Además permite determinar el nivel de profundidad de la radiación aplicada, que favorece la aplicación en tratamientos superficiales como el cáncer de piel, la micosis fungoide, la irradiación de campos cercanos a la médula y a los ojos
Fuente radioactiva	Vida media: 5,3 años. Determina necesidad de recambio periódico de la fuente	Genera radiación en base a energía eléctrica
Rendimiento	El rendimiento no es constante debido a un decaimiento de la fuente, disminuyendo a través del tiempo. Esto implica que debe efectuarse un ajuste mensual en el cálculo de los tiempos de tratamiento, lo que es un factor de riesgo de error de cálculo adicional	Rendimiento constante en el tiempo. Se estima un rendimiento anual de 423 tratamientos por año en horario normal.
Radiación ambiental y seguridad para los operadores	La presencia de una fuente radioactiva de alta actividad, determina un nivel de radiación ambiental, aún en el período inter tratamiento, que puede llegar a ser significativo para la protección del personal	Sólo emite radiación durante la operación
Automatización	Al ser manual toda la operación de las unidades de cobalto, es mayor la tasa de errores de los operadores	Dentro de una red dedicada, todos los parámetros planificados se posicionan automáticamente
Protecciones	Las protecciones deben de fabricarse para cada paciente por separado y de manera manual	Con sistema de colimador multilaminar, es posible conformar el campo de radiación de forma personalizada para cada paciente, sin ser necesario la fabricación de protecciones. Disminuye el tiempo de permanencia diario del paciente en máquina.
Accidente radioactivo	Existe el riesgo de que la fuente quede expuesta, ante la ocurrencia de un accidente radioactivo. Cuenta con sistemas de seguridad simples	Múltiples y redundantes sistemas de seguridad, tanto para el paciente como para el operador, que disminuye el riesgo de un accidente. Sólo emite radiación cuando está conectado a energía eléctrica

Las características mencionadas anteriormente, determinan que los Aceleradores Lineales sean la mejor elección de equipamiento para los servicios

de radioterapia en la actualidad. El costo de los aceleradores lineales es alto en comparación con los equipos de cobalto, pero las ventajas en utilidades terapéuticas y seguridad para el paciente y operadores son muy superiores.

Unidad de Quimioterapia:

La Quimioterapia está definida como tratamiento médico de algunas enfermedades que consiste en la aplicación de sustancias químicas para el organismo. Estará orientada fundamentalmente para la administración de tratamientos citostáticos en adultos de forma ambulatoria (se deberá evaluar con el equipo clínico del hospital Pablo Soria la ampliación del tipo de tratamiento y pacientes). Se propone la instalación de 10 sillones de quimioterapia.

Sin perjuicio de lo detallado precedentemente existe la disponibilidad de evaluar en conjunto con el Ministerio de Salud la necesidad de aumentar el número de sillones para quimioterapia, en la medida que exista la demanda necesaria, la infraestructura y condiciones generales requeridas para la prestación del servicio de forma segura y con los más altos estándares de calidad.

En este ámbito es fundamental señalar la importancia de tener un profesional Químico Farmacéutico en el equipo para la preparación de las Quimioterapias, hecho que contribuye a los estándares de calidad en estas prestaciones.

Ante la situación evidenciada con respecto al aumento de pacientes requirentes de tratamiento oncológico, nuestra propuesta consiste en la oferta de prestaciones para:

- Cáncer de mamas.
- Cáncer de abdomen y pelvis.
- Cáncer de cabeza y cuello.
- Cáncer de piel.
- Micosis fungoide.
- Cáncer de pulmón.
- Cáncer testicular.
- Leucemia.
- Linfomas.
- Sarcoma partes blandas.
- Tumores SNC.
- Cáncer terminal.
- Linfoma de Hodgkin.
- Linfoma no Hodgkin no agresivo.
- Linfoma no Hodgkin intermedio.
- Linfoma no Hodgkin agresivo.
- Leucemia linfoblástica.

Sin perjuicio de lo detallado precedentemente existe la disponibilidad de evaluar en conjunto con el Ministerio de Salud la necesidad de aumentar el número y tipo de prestaciones siempre que se cumplan con la seguridad y con las condiciones que nos permitan prestar el servicio con los más altos estándares de calidad.

I.- Infraestructura:

Para Radioterapia:

- Bunker para instalación de equipo acelerador Lineal.
- Sala de comando.
- Sala de control de calidad.
- Sala de planificación dosimétrica física y clínica.
- Sala de físico médico.
- Box de consulta.
- Vestidores.
- Baños.
- Sala de espera.
- Sala de espera camillas.
- Bodegas.
- Oficinas comunes.

Para Quimioterapia:

- Sala con 12 sillones de quimioterapia.
- Estación de enfermería con visión a todos los sillones.
- Sala de espera.
- Baños.
- Bodegas.

II.- Equipamiento Clínico:

- Rendimiento Teórico de un Acelerador Lineal.

	Horario Normal	Horario Extendido
Total horas/día	8	15
Tiempo Calibración	0,5 horas	0,5 horas
Tiempo Mantenimiento (3%)	0,24 horas	0,45 horas
N° sesiones por hora	6	6
N° sesiones por día	43,56	84,3
N° sesiones año (250 días hábiles)	10.890	21.075

El cálculo del número de pacientes que se puede atender en un acelerador lineal, se realiza en base al número de sesiones y frecuencia por el tipo de

tumor, el cual varia el tiempo de uso de un acelerador lineal entre tipo de cánceres

Número de sesiones por tipo de Cáncer.

TIPO DE CÁNCER	SESIONES POR TRATAMIENTO
Cáncer de esófago pre o postoperatorio	30
Cáncer de esófago sin intervención quirúrgica.	33
Cáncer de mama sin intervención quirúrgica.	33
Radioterapia, cáncer de mama, tratamiento Postoperatorio (tumorectomía; mastectomía parcial, total o radical)	25
Cáncer de órganos de abdomen y/o pelvis, excepto útero	28
Cáncer de órganos de cabeza y/o cuello	35
Cáncer de piel	34
Cáncer de pulmón o esófago torácico	40
Cáncer de testículo	15
Cáncer uterino (cuello y/o endometrio)	30
Leucemia tratamiento de	18
Linfoma maligno irradiación ganglionar total	60
Linfomas malignos, tratamiento Parcial	20
Paliativo en cáncer metastásico (cualquier localización) (mínimo 2.500 rads. en cada zona anatómica simultánea)	10
Sarcoma óseo o de partes blandas	30
Tumores del sistema nervioso central	32

III.- Medicamentos e insumos.

- Al prestador le corresponderá aportar los insumos necesarios para la correcta realización del tratamiento de Radioterapia y Quimioterapia, entre los que se encuentran los propios del funcionamiento del equipamiento clínico, como aquellos medicamentos necesarios en los tratamientos ofertados para radioterapia y quimioterapia, en los términos que se establezcan en el respectivo contrato.

IV.- El personal del centro de oncología estará constituido por:

Recursos humanos requeridos:

Estamento	Requerimiento Para Radioterapia
Médico Jefe de Servicio	Oncólogo-Radioterapeuta
Médicos	Radioterapia Oncológica (1 cada 200/300 pacientes año)
Físico Médico	1
Tecnólogo Médico	1 cada 200 pacientes año
Tecnólogo Médico	1 por cada equipo de tratamiento
Técnico Paramédico	1 para cálculo dosimétrico, proceso de imágenes, simulador y bloques

	2 por cada equipo de tratamiento
Técnico Paramédico Administrativo	1 por cada sala de consulta médica (preparación de pacientes y fichas clínicas)
	1 para simulación y bloques
	1 cada 300 pacientes año
Auxiliar de Servicio	1 para área de máquinas y equipos
Auxiliar de Servicio Enfermera/o	1 para área de consultas médicas y equipos
Enfermera/o	1 por cada centro de radioterapia
Nutricionista	Se recomienda 1 cada 300 pacientes año
	1 por centro
Asistente Social	1 por centro
Psicólogo/a	1 por centro

V.- Controles de calidad de los equipos, de los elementos técnicos y de seguridad de Radioterapia y Quimioterapia.

- Para los equipos se deberá contar con un programa escrito de vigilancia del estado y mantención periódica hecho por personal técnicamente calificado.
- Deberá existir una Hoja de Vida de cada equipo.
- Plan escrito que establezca mecanismos oportunos y eficientes para la reparación de los equipos.
- Manual de procedimiento de uso de los equipos.
- Manual de procedimiento de otras técnicas realizadas en el centro.
- Programa escrito de vigilancia epidemiológica de infecciones de acuerdo a la normativa vigente.
- Señalización de áreas y un plan escrito de evacuación de pacientes y personal ante emergencias y catástrofes.
- Extintores de incendio, operativos y en número suficiente de acuerdo a normativa.

VI.- Inicio de operación

- Para que el proveedor cumpla con los plazos establecidos a continuación es necesario que el Ministerio de Salud haga entrega en un solo acto y fecha de la infraestructura para la unidad de Radioterapia y Quimioterapia propuestos, este es un requisito fundamental para el normal desarrollo del proyecto.
- El inicio de la habilitación de las unidades deberá ajustarse a que el hospital que lo alberga cumpla con la normativa vigente que rige a las unidades de Oncología propuestas. Si esto no ocurre deberemos en conjunto con el Ministerio de Salud de Jujuy resolver la subsanación de los incumplimientos o determinar su reubicación y las condiciones contractuales de esta contingencia.

X.- Plazo de vigencia del convenio.

- La duración propuesta por el proveedor para el presente convenio será de 10 años.

XI.- Propuesta Económica.

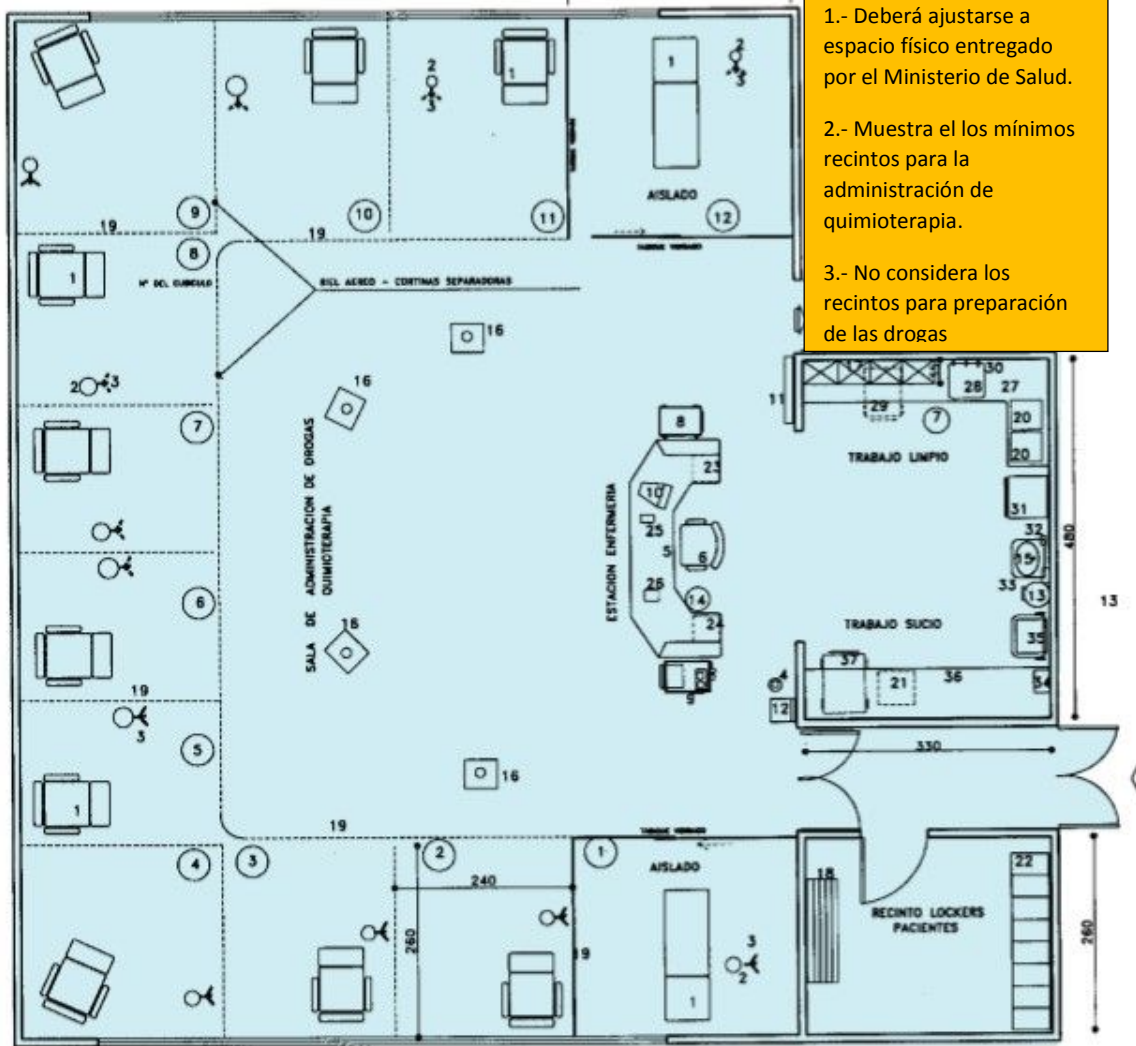
- Se pagará al Ministerio de Salud de Jujuy el equivalente en porcentaje de la facturación mensual de cada unidad de acuerdo a la siguiente tabla.

Porcentaje de ocupación	Porcentaje de facturación mensual
Igual a 50% y hasta 59%	2 %
60% hasta 69%	4 %
70% o superior	5 %

- Sin perjuicio que el Ministerio nos pueda mandar a realizar las prestaciones de oncológicas (radioterapia y quimioterapia) que requieren los pacientes sin cobertura, el valor de la prestación otorgada a estos pacientes podrá deducirse del pago que el proveedor debe realizar como canon mensual al Ministerio, lo cual debe quedar expresamente señalado en el convenio respectivo.
- El Ministerio asumirá los costos de consumos de agua, luz, gas, lavandería y alimentación, además de la disposición final de residuos peligrosos de la unidad de oncología.

ANEXO VIII Bosquejo Planta de Referencia Unidad de Oncología

1.- Sala de administración de quimioterapia



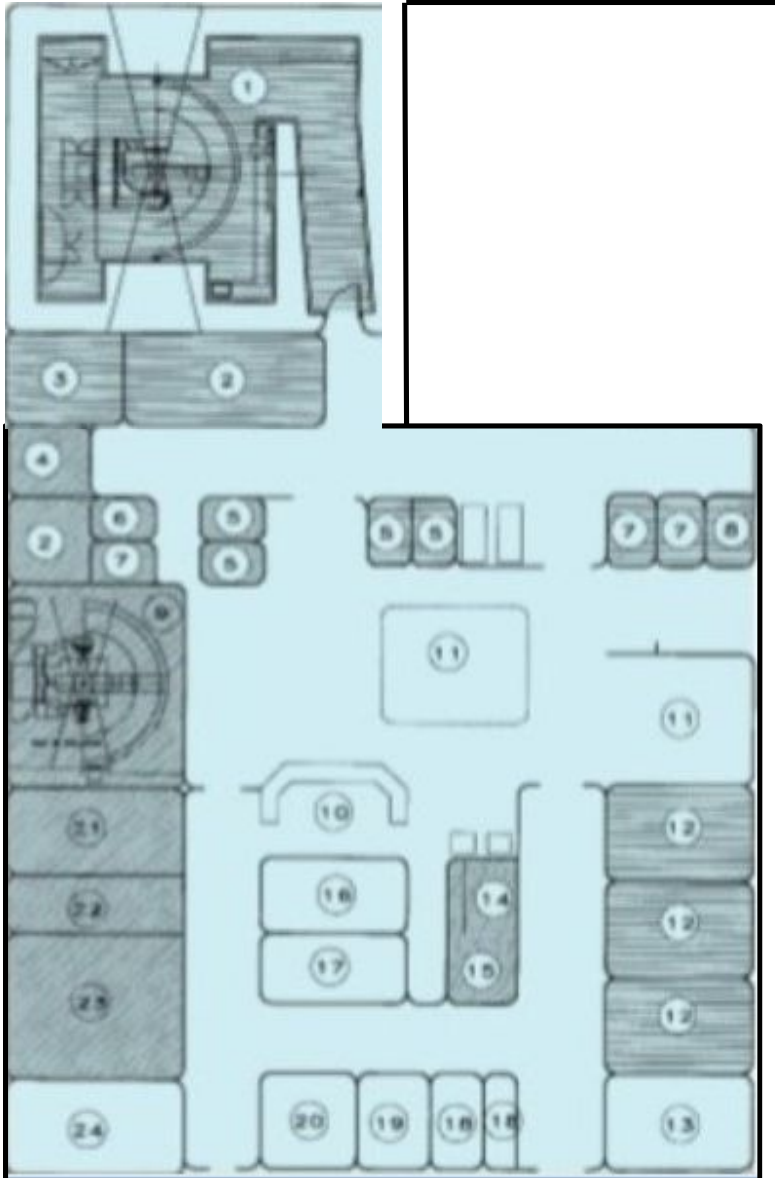
Esta planta es referencial.

1.- Deberá ajustarse a espacio físico entregado por el Ministerio de Salud.

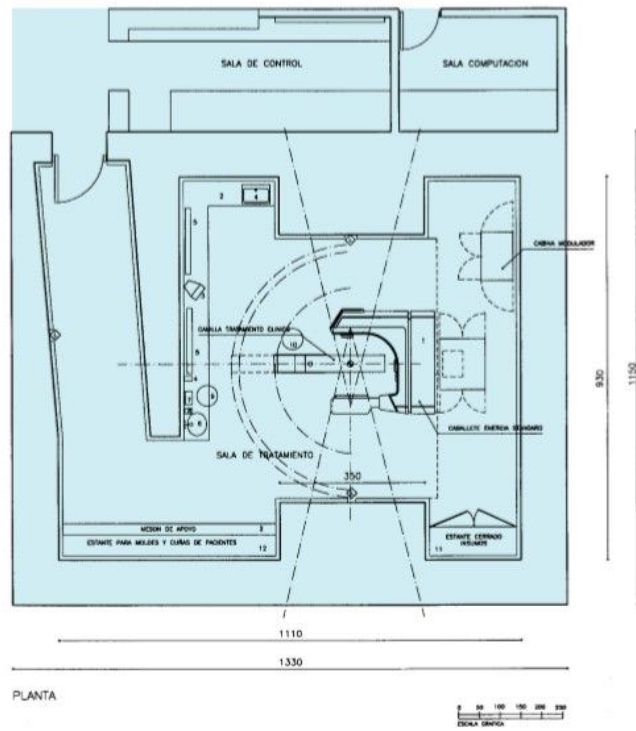
2.- Muestra los mínimos recintos para la administración de quimioterapia.

3.- No considera los recintos para preparación de las drogas

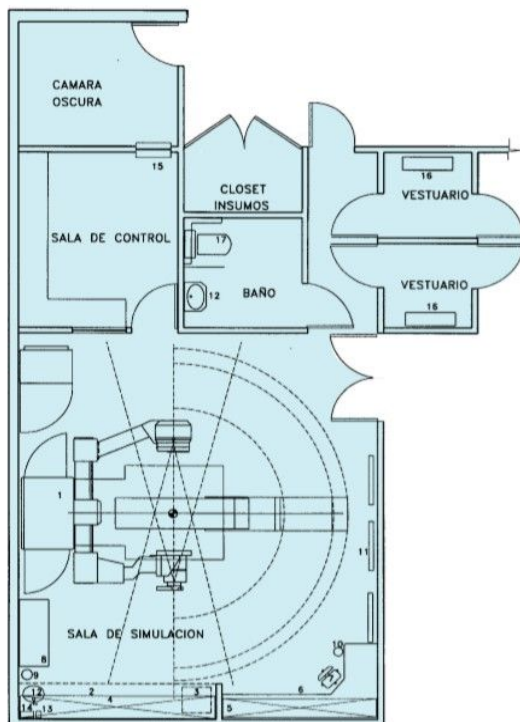
2.- Unidad de Radioterapia:



3.- Detalle Acelerador Lineal



4.- Detalle sala de Simulación.



ANEXO IX
Descripción General de Proyecto de Recupero de Costo de Atenciones y
Sistema Integral de Atención Clínica.

Nombre del Proyecto:

“Concesión de Explotación de Recupero de Costo de Atenciones de Pacientes con Cobertura y Sistema Integral de Gestión Clínica para los Hospitales y Centros de Salud Públicos de la Provincia de Jujuy”.

Antecedentes Generales:

La aparición de las Obras Sociales instaló la idea de que el Servicio Social fuera un bien adquirido por todos los argentinos. En 1945, con el apoyo del Estado, los sindicatos empiezan a ocuparse activamente de la seguridad y la salud social y se desarrolla el concepto de “sanitarismo”.

En el año 1970 se crea por Ley N° 18.610 el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) destinado a ser un órgano de contralor del incipiente sistema de Obras Sociales Sindicales. Su fin era promover, coordinar e integrar las actividades de las Obras Sociales, así como controlarlas en sus aspectos técnicos, administrativos, financieros y contables. La Ley N° 18.610 le dio al sistema de Obras Sociales su primer encuadramiento y marco legal.

En enero de 1989, se dicta la Ley N° 23.660 que crea el Sistema de Obras Sociales Nacionales y su organismo de control, la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS). Posteriormente la Ley N° 23.661 crea el Sistema Nacional del Seguro de Salud. La Administración Nacional de Seguro de Salud (ANSSAL) como autoridad de aplicación determina quiénes son sus beneficiarios, establece la forma de financiación del sistema a través de aportes de empleadores y trabajadores y crea el Fondo Solidario de Redistribución (que será administrado por la Administración de Programas Especiales - APE) estableciéndose así los fundamentos del sistema actual.

En el año 1996 y mediante el Decreto N° 1615/96 se fusionaron la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) creada por la Ley N° 23.661, el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) creado por la Ley N° 18.610 y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS) creada por la Ley N° 23.660, constituyéndose la Superintendencia de Servicios de Salud como organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional en jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social, con personería jurídica y con un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera, en calidad de ente de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud.

En la República Argentina los datos y registros se encuentran dispersos en cada uno de los subsectores y programas: público, obras sociales y seguros privados. Cada uno administra procedimientos propios para obtener datos para el desarrollo de sus funciones, siendo en el caso que nos atañe el público insuficientes para controlar y gestionar tanto lo que concierne al recupero de los costos empleados en las prestaciones de salud entregadas a la población, como así también los datos necesarios y suficientes para gestionar la salud de la población atendida a lo largo de su vida y que estos estén disponibles en cualquier establecimiento de salud de la Provincia de Jujuy (Historia Clínica Electrónica).

La información que no se encuentra integrada a nivel federal y por ende a nivel provincial limita fuertemente la disponibilidad de información en tiempo y forma. Por otra parte, atenta contra la calidad adecuada para la evaluación, planificación, gestión de los servicios y programas, para la elaboración de planes de intervención y la toma de decisiones en política sanitaria para la mejora de la atención de la población.

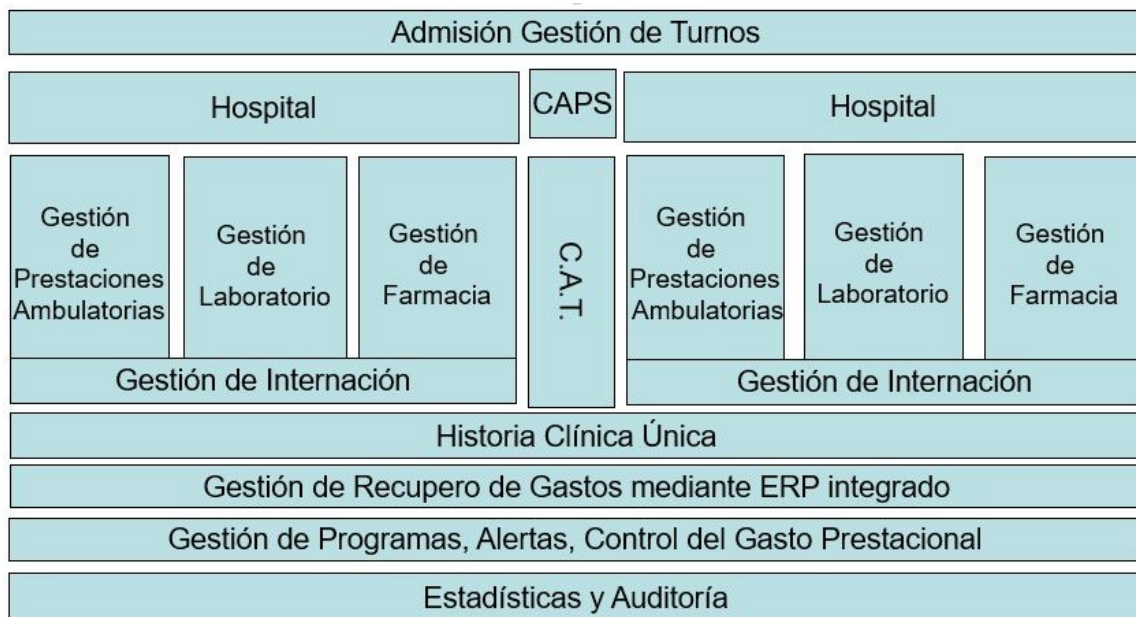
La incompatibilidad entre los distintos sistemas de información genera retardos en el procesamiento y auditoría de las prestaciones realizadas y la imposibilidad de pagar las prestaciones en el tiempo que establece la normativa para las Obras Sociales, propiciando el financiamiento cruzado, utilizando los presupuestos hospitalarios para dar servicios prestacionales a sus beneficiarios sin costo alguno, llevando a un desfinanciamiento a los hospitales públicos, por tanto no permitiéndoles cumplir con toda la cartera de prestaciones que requiere la población de la Provincia.

Ante esta realidad, y la implementación del Plan Estratégico de Salud, que busca mejorar el financiamiento de los Hospitales y Centros de Salud del sector público y gestionar integralmente la historia clínica de cada uno de los usuarios de este sistema es que proponemos como una iniciativa de inversión privada a través del Ministro de Salud la "Concesión de Explotación de Recupero de Costo de Atenciones de Pacientes con Cobertura y Sistema Integral de Gestión Médica para los Hospitales y Centros de Salud Públicos de la Provincia de Jujuy".

1.- Proponemos:

- Sistema integral de gestión médica que comprende los módulos de Historia Clínica (HIS), Gestión de Recursos Hospitalarios (ERP), Gestión de Laboratorio (LIS) e Inteligencia Organizacional (BI).
- Control y gestión de las prestaciones de salud, insumos y medicamentos requeridos de acuerdo a la cartera de servicio de cada uno de los establecimientos de la red pública.
- Gestión oportuna del recupero de costo de atenciones, insumos y medicamentos de pacientes con cobertura.
- Software 100% WEB, que no requiere de una gran infraestructura para su funcionamiento.

- Capacitación para el uso de la herramienta tecnológica e informática en todos los puntos que sea necesario.
- Seguridad de la información, resguardando la histórica clínica de cada uno de los pacientes y garantizando su confidencialidad mediante la encriptación de ella.
- Software propuesto trabaja en tiempo real con múltiples efectores de la red.
- Historia Clínica Única, actualizable en tiempo real, disponible desde cada hospital de la red.
- Soporta Firma Digital y Electrónica



2.- Facturación a Terceros Pagadores:

- Permite la gestión de facturación de todas las prácticas y los consumos de cada paciente.
- Permite el manejo de múltiples nomencladores al mismo tiempo.
- Permite la impresión automática de la documentación requerida para la facturación.
- Permite realizar el seguimiento de cada factura y de cada expediente, ya sea para el cobro con circuito propio o mediante gestión ante la SSS o PAMI.
- Permite la gestión de una cuenta corriente por cada tercer pagador, efector y paciente.
- Permite la generación de múltiples informes para la toma de decisiones de la autoridad, así como las gestiones necesarias a realizar.
- Permite un aumento significativo de la recaudación por recupero.

3.- Centro de Atención Telefónica.

- Permite desde una única interface acceder a la totalidad de turnos disponibles en la red hospitalaria.
- Permite realizar búsquedas por especialidad o profesional.
- Permite detectar el turno más cercano en el tiempo.
- Permite la detección del turno más cercano geográficamente para el paciente.
- Permite visualizar la historia prestacional de cada paciente que se comunica con el CAT.
- No más esperas para retirar turnos en los Hospitales.
- Primer contacto para registrar datos del financiador de cada paciente.

4.- Gestión de Turnos.

- Permite la creación de múltiples agendas por profesional y por especialidad.
- Permite la gestión de turnos ambulatorios y de internación.
- Permite registrar consumos y prácticas para cada turno (ambulatorio y de internación).
- Permite la representación gráfica de cada servicio del hospital para simplificar el uso de la herramienta.
- Permite la inclusión de múltiples archivos para cada turno.
- Permite la generación de múltiples informes para la toma de decisiones de la autoridad, así como las gestiones necesarias a realizar.

5.- Gestión de Prestaciones Ambulatorias e Internación.

- Registra todos los procesos de Internación; Estadísticas e Informes de internación; Reservas, Pases y Rotación de camas; Egresos de pacientes; Registro de la atención; Alarmas integradas y configurables; Censos diarios y mensuales; Registro de la epicrisis; Registros de obstetricia; Registros de enfermería.
- Permite visualizar las camas disponibles en la totalidad de los efectores de la red.
- Permite registrar toda la información asistencial que surge al momento de la atención del paciente.
- Permite solicitar estudios e indicar medicamentos.
- Todas sus funcionalidades están relacionadas con el resto de los módulos del sistema.
- Al momento de la atención es posible visualizar la historia clínica de los pacientes y registrar diagnósticos utilizando un servidor de terminología externo.

6.- Gestión de Recursos Humanos.

- Permite llevar el registro del personal que trabaja en los hospitales y centros de salud de la red pública.
- Permite medir la productividad.
- Permite el control de horarios y del presentismo del personal.
- Permite la impresión de credenciales de identificación.
- Permite realizar la gestión de usuarios del sistema y definir sus niveles de acceso y privilegios.
- Permite la generación de múltiples informes.

7.- Historia Clínica Única.

- Permite almacenar toda la información clínica de los pacientes en una única base de datos accesible en tiempo real para todos los profesionales de la red.
- Permite gestionar la información personal de cada paciente (Nombre y apellido, dirección, grupo familiar, teléfono, etc.).
- Permite visualizar registros históricos respecto a tratamiento ambulatorios, internaciones y análisis de laboratorio.
- Permite hacer el seguimiento de todos los medicamentos aplicados a cada paciente.
- Permite la generación de múltiples informes y estadísticas.

8.- Gestión de Farmacia:

- Permite registrar los consumos tanto de medicamentos como de descartables para cada paciente que se atiende en la red pública de salud, ya sea a través de un turno ambulatorio o una internación.
- Permite consultar los consumos históricos por pacientes.
- Permite el manejo del stock y la configuración de alarmas automáticas.
- Permite trabajar con una farmacia central y farmacias satélites.
- Permite la generación de múltiples informes
- Permite hacer Cliring de medicamentos entre las distintas farmacias Hospitalarias.

9.- Inicio de operación

La implementación se realizará en forma paralela en tres (03) hospitales, uno de alta complejidad (3), uno de mediana complejidad (2) y un establecimiento de atención primaria (CAPS).

Implementar el software en todos los hospitales y centros de salud de la Provincia que posean Hardware, para el caso de falta del mismo se gestionará el recupero mediante planillas al efecto.

Implementar una Historia Clínica Única a nivel central.

Centralizar el gestor de turnos y así colaborar con la reducción de los tiempos de espera.

Centralizar el Recupero de gastos y así reducir los débitos al unificar los procedimientos y reducir los tiempos de pago. Mediante personal propio y de la provincia.

Capacitar al personal Provincial de recupero de gasto en técnicas que maximicen los ingresos de los hospitales.

Sin perjuicio de lo detallado precedentemente existe la disponibilidad de evaluar en conjunto con el Ministerio de Salud la propuesta de implementación. Posterior a lo señalado se continuará con la implementación de todos los demás establecimientos independiente de su complejidad de acuerdo cronograma consensuado con el Ministerio.

10.- Plazo de vigencia del convenio.

- La duración propuesta por el proveedor para el presente convenio será de 10 años.

11.- Propuesta Económica.

- La empresa percibirá como pago por las prestaciones brindadas y canon por el uso del sistema informático provisto el 20% de la totalidad de las sumas efectivamente ingresadas a la provincia producto de la gestión de recupero de gastos.
- Para calcular el porcentaje a abonar, se calculará sobre la totalidad de las sumas efectivamente percibidas por la gestión de recupero de gastos y Plan Sumar. Exceptuado lo ingresado por la OS provincial, que sólo se cobrará una suma por el procesamiento de la información.

ANEXO X

Descripción General de Proyecto de digitalización de imágenes obtenidas de los equipos existentes y los informes diagnósticos asociadas a estas, en la red pública de la Provincia de Jujuy.

Nombre del Proyecto:

“Digitalización progresiva de imágenes obtenidas de los equipos existentes y los informes diagnósticos asociadas a estas, en la red pública de la Provincia de Jujuy”.

Antecedentes Generales:

Las imágenes clínicas obtenidas de los diferentes tipos de dispositivos de rayos x, resonador, mamógrafo, tomógrafo son un apoyo fundamental a la actividad clínica desarrollada por los diferentes equipos de salud de la provincia, en este contexto la necesidad de obtener imágenes que puedan ser informadas a distancia y que sean un apoyo a la estrategia de telemedicina impulsada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy en su Plan Estratégico de Salud.

Esta realidad le impone a la red sanitaria poseer mecanismos de digitalización de imágenes, vías de transmisión de estas y los informes de diagnóstico que acompañan a estas imágenes, es así que la presente propuesta busca de manera progresiva la digitalización de los equipos priorizados por el Ministerio según los requerimientos establecidos en concordancia con el orden de prioridad clínica y ubicación geográfica a fin de mejorar la cobertura de imágenes diagnósticas, constituyéndose en un mejoramiento del accionar sanitario.

Hoy se requiere de una mayor cobertura, pero también de una mejora sustancial en la oportunidad diagnóstica, vale decir, que tan rápido se pueda obtener el informe de las imágenes obtenidas, es así que la propuesta que se presenta busca resolver de manera progresiva no sólo una mayor cobertura en la obtención de imágenes, sino que también en el procesamiento y diagnóstico de las mismas.

La imagen digital permite realizar el diagnóstico a distancia por especialistas del sistema e incluso enviar al resto del país y el extranjero. Este procedimiento acelera los tiempos de revelados, permitiendo aumentar el número de prestaciones por turno.

La digitalización permite la óptima calidad de lectura de imágenes, que resultan importantes para el diagnóstico precoz de cáncer de mama, por ejemplo. Estas imágenes se pueden enviar en red a todos los hospitales de la provincia e incorporarlas en la futura historia clínica digital de los pacientes.

1.- Condiciones mínimas requeridas para la viabilidad de esta propuesta

- Que los equipos de imágenes priorizados por el Ministerio estén 100% operativos.
- Que los equipos de imágenes priorizados tengan su mantención al día, tanto al inicio como durante la duración del proyecto.
- Contar con el apoyo del personal contratado por el Ministerio de Salud existente actualmente en estas unidades.
- Contar con conectividad vía internet con un ancho de banda suficiente para la transmisión de imágenes en protocolo Digital Imaging and Communications in Medicine (DICOM), este punto debe ser considerado en el minuto en que se prioricen los centros y los equipos.
- Contar con un RIS-PACS para el almacenamiento de las imágenes y agendamiento de toma de las mismas.
- Contar con la interface entre RIS-PACS y el sistema ficha del paciente, y el sistema informático de gestión administrativa y clínica del recinto hospitalario.

2.- Proponemos:

- Digitalización de manera progresiva de los equipos priorizados por el ministerio de salud según la siguiente tabla:

Etapas del proyecto	Porcentaje del total de equipos de imagenología priorizados
Mes 1	10%
Mes 2	20%
Mes 3	30%
Mes 4	40%
Mes 5	50%
Mes 6	60%
Mes 7	70%
Mes 8	80%
Mes 9	90%
Mes 10	100%

- Entrega de Informes diagnóstico de imágenes obtenidas en la red pública de salud de la Provincia de Jujuy, según la siguiente tabla.

Etapa del proyecto	Porcentaje del total de equipos de imagenología priorizados	Porcentaje de imágenes informadas	Tiempo de respuesta informe a urgencias	Tiempo de respuesta informe a ambulatorio
Mes 1	10%	100%	3 horas	72 horas
Mes 2	20%	100%	3 horas	72 horas
Mes 3	30%	100%	3 horas	72 horas
Mes 4	40%	100%	3 horas	72 horas
Mes 5	50%	100%	3 horas	72 horas
Mes 6	60%	100%	3 horas	72 horas
Mes 7	70%	100%	3 horas	72 horas
Mes 8	80%	100%	3 horas	72 horas
Mes 9	90%	100%	3 horas	72 horas
Mes 10	100%	100%	3 horas	72 horas

3.- Funcionamiento

El médico o técnico en radiología toma el examen (TAC, Rx, Mx, RM, etc.), y genera una imagen o serie de imágenes para ser evaluada. En seguida esta imagen, junto a la orden médica y antecedente demográficos del paciente, es enviada a la central de Archivo y Comunicación de Imágenes (PACS) y a un sistema de Información en Radiología (RIS) específico para telemedicina.

Una vez recibido el examen correctamente por el Centro Telemédico, los médicos especialistas del centro de telemedicina podrán acceder las imágenes, realizar la evaluación y elaborar el informe para enviarlo al centro médico solicitante, todo esto debe de cumplirse bajo los tiempos contractuales acordados.

El informe debe de ser obtenido desde el centro de telemedicina, el cual estará disponible en PDF, con firma digital del médico informante 24/7.

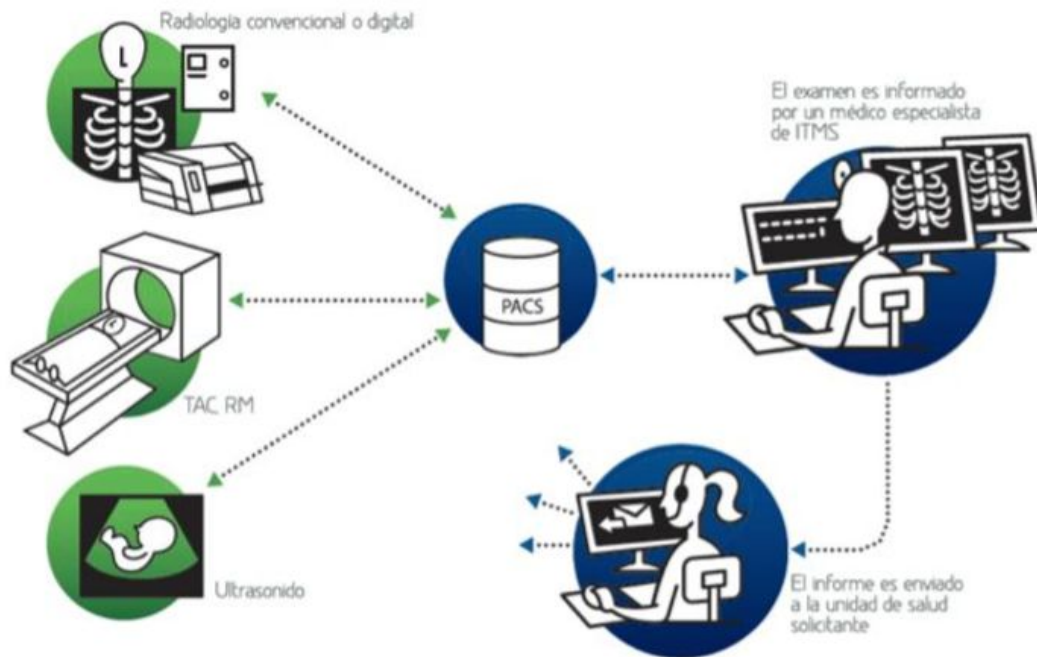


Diagrama descriptivo de funcionamiento Tele-Imagenología.

4.- Propuesta Económica:

El prestador cobrará por cada una de las imágenes informadas de acuerdo a la siguiente tabla, que estipula el tipo de examen, su prioridad clínica, y el porcentaje a cobrar con respecto al valor establecido en cada uno de los nomencladores de precios de prestación de cada obra social.

Informes	Urgencias	Ambulatorios
Radiografía	70%	60%
Escáner	60%	50%
Resonancia	70%	60%
Ecografía	No aplica	50%
Mamografía	No aplica	50%

El porcentaje a cobrar tiene incorporado la inversión de los conversores necesarios para los equipos análogos priorizados para que puedan transmitir y almacenar digitalmente sus imágenes.

ANEXO XI

Convenio de Prestaciones de Servicios Sanitarios

En San Salvador de Jujuy, a.....(fecha)....., Sociedad Jujuy Andina SRL, con domicilio en(dirección comercial)....., representado por(nombre del representante legal)....., en adelante “el prestador”, por una parte y por la otra, el Ministerio de Salud de Jujuy, con domicilio en(dirección del ministerio)....., representada en este acto por(representante del Ministerio)....., en su carácter de(figura legal del ministro).....en adelante denominado “el Ministerio” y Considerando:

Que de acuerdo a la Ley Provincial N°4377 que rige el sistema de atención y protección del enfermo renal crónico.

Que el Plan Estratégico de Salud implementado por el Ministerio manifiesta la urgente necesidad de acercar los servicios de salud a la población de la Provincia, aumentar la cobertura y la complejidad de los Hospitales de su red y mejorar el acceso a la salud de todos los habitantes de la Provincia de Jujuy (aprobado mediante decreto 6203/18).

Que ante este desafío es que hacemos propuesta de iniciativa privada de interés público no sólo por ser un proyecto que abarca un grupo de prestaciones con alta falencia de oferta en el ámbito público, sino también por ser de alto costo su implementación y más importante aún es que su puesta en marcha significará un salto fundamental en el fortalecimiento de la salud pública en la Provincia de Jujuy.

En conocimiento de lo previamente señalado y estando las partes de acuerdo celebran el presente convenio de prestaciones sanitarias que se regirán según los siguientes términos.

“Concesión de Explotación de Unidades de Hemodiálisis, Hemodinamia, Oftalmología y Oncología, Recupero de Costo de Atenciones, Sistema Integral de Atención Clínica e Implementación de Digitalización progresiva de imágenes obtenidas de los equipos existentes y los informes diagnósticos asociadas a estas, en la red pública de la Provincia de Jujuy en la Red Pública de Salud de la Provincia de Jujuy”

Que considera:

I.- “Concesión de Explotación de Unidades de Hemodiálisis de los Hospitales Públicos de la Provincia de Jujuy”.

Que el aumento de demanda de tratamiento sustitutivo en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal ha significado que haya una brecha de unidades de diálisis en la provincia para dicho tratamiento.

Que la mejora de cobertura en el ámbito de Hemodiálisis debe implicar necesariamente la instalación de unidades de tratamiento sustitutivo en diferentes Hospitales de la Red Pública de Salud de la Provincia.

Que el aumento de cobertura de Consultas de especialidad médica en Capital y el Interior, necesariamente generara una mayor detección de aquellos pacientes que requerirán terapias sustitutivas en el aspecto renal.

Que a la fecha el Sistema Público de Salud de la Provincia no cuenta con un servicio de hemodiálisis que absorba la demanda por esta prestación.

El objeto del presente convenio es la implementación, la instalación y la operación de Unidades de Hemodiálisis, en complementariedad público-privada.

El Prestador será responsable de implementar y operar 4 centros de hemodiálisis con todo lo requerido en cuanto a recursos humanos, físicos y económicos. (Todos los antecedentes de ubicación, de infraestructura, de equipamiento, de recursos humanos, de insumos y medicamentos, entrada en operación, propuesta económica, y otros que están contenidos en la propuesta técnica la que se considera parte integrante del presente convenio).

II.- “Concesión de Explotación de Unidad de Hemodinamia del Hospital Público Pablo Soria de la Provincia de Jujuy”.

Que dada la implementación del Plan Estratégico de Salud que busca resolver el déficit de cobertura y de accesibilidad a todas las prestaciones sanitarias de los ciudadanos de la Provincia de Jujuy, y en este caso particular a la brecha existente en unidades de hemodinamia y al creciente aumento de las necesidades de tratamiento de patologías cardiovasculares, especialmente el infarto agudo al miocardio (IAM).

Que al analizar los datos que arroja la distribución de unidades de hemodinamia en el país y por provincias y las prioridades que define el Plan Estratégico de Salud de la Provincia de Jujuy es que lo propuesto aporta elementos fundamentales para el cumplimiento de este, como así también para el mejoramiento de los índices en el ámbito cardiovascular y por sobre todo en la calidad de vida de los habitantes de esta provincia.

Que la Provincia de Jujuy presenta una demanda creciente de procedimientos de hemodinamia tanto diagnósticos como intervencionistas que están abordados de manera insuficiente en la capital, lo que produce una inequidad de acceso y escasa oferta que el Plan Estratégico aborda de manera significativa y en cuyo contexto se enmarca esta propuesta.

El objeto del presente convenio es la implementación, la instalación y la operación de una Unidad de Hemodinamia, en complementariedad público-privada.

El Prestador será responsable de implementar y operar una (01) unidad de hemodinamia en el hospital Pablo Soria con todo lo requerido en cuanto a recursos humanos, físicos y económicos. (Todos los antecedentes de ubicación, de infraestructura, de equipamiento, de recursos humanos, de insumos y medicamentos, entrada en operación, propuesta económica, y otros que están contenidos en la propuesta técnica la que se considera parte integrante del presente convenio).

III.- “Concesión de Explotación de Unidades de oftalmología primaria itinerante (DOPI) y una unidad de especialidad centralizada oftalmológica (DECO) en el hospital Pablo Soria de la Provincia de Jujuy”.

Que el acceso a la salud visual en Argentina se ha mantenido históricamente como un tema de alta preocupación para las autoridades de salud, en este contexto el Plan Estratégico de Salud implementado en la Provincia de Jujuy a través del Ministerio de Salud busca en este ámbito una sustancial mejora en los niveles de cobertura y calidad en la atención del paciente fundado en la descentralización de la atención y una mejora de la accesibilidad.

Que la importancia de mantener una adecuada salud visual es innegable. Alrededor de 85% de la información utilizada por el cerebro ingresa a través de esta vía, permitiendo el desarrollo integral del ser humano.

Que, en Argentina, las inequidades en el acceso, la baja resolutivez, y las desigualdades en la calidad de la atención del sistema de salud son temas recurrentes y prolongados en el tiempo, cuyas soluciones más concretas deben comenzar al amparo del Plan Estratégico de Salud de la Provincia de Jujuy.

La presente propuesta consiste en la implementación de dos tipos de dispositivos oftalmológicos:

- 1.- Dispositivo Oftalmológico Primario Itinerante (DOPI)
- 2.- Dispositivo de Especialidad Centralizado-Oftalmológica (DECO)

IV.- “Concesión de Explotación de Unidad de Oncología (Radioterapia y Quimioterapia) del Hospital Público Pablo Soria de la Provincia de Jujuy”.

Que según estimaciones de la IARC para el año 2012, nuestro país se ubicó entre los países con mortalidad por cáncer media-alta, presentando una tasa ajustada por edad (TAE) de 115 defunciones /100.000 habitantes (en ambos sexos), cifra que la posiciona en el tercer lugar entre los países del continente americano

Que aun cuando en la Provincia de Jujuy la tasa de mortalidad por cáncer es levemente inferior que el promedio nacional, esto no nos debe llevar a no priorizar en esta área o a pensar que está todo hecho, claramente el Plan Estratégico señala los énfasis en enfrentar las enfermedades no transmisibles y

esto supone mejorar sustancialmente la oferta de servicios que permitan a la población de toda la provincia acceder con oportunidad y calidad a estos.

En este sentido, el objeto del presente convenio, como una iniciativa de inversión privada a través del Ministro de Salud, es la “Explotación de Unidad de Oncología (Radioterapia y Quimioterapia) del Hospital Público Pablo Soria de la Provincia de Jujuy”, que es el establecimiento que cuenta con todos los servicios de apoyo y respaldo que nos aseguran que el servicio que se puede prestar es de una seguridad y calidad del mayor estándar.

V.- “Concesión de Explotación de Recupero de Costo de Atenciones de Pacientes con Cobertura y Sistema Integral de Gestión Clínica para los Hospitales y Centros de Salud Públicos de la Provincia de Jujuy”.

En la República Argentina los datos y registros se encuentran dispersos en cada uno de los subsectores y programas: público, obras sociales y seguros privados. Cada uno administra procedimientos propios para obtener datos para el desarrollo de sus funciones, siendo en el caso que nos atañe el público insuficientes para controlar y gestionar tanto lo que concierne al recupero de los costos empleados en las prestaciones de salud entregadas a la población, como así también los datos necesarios y suficientes para gestionar la salud de la población atendida a lo largo de su vida y que estos estén disponibles en cualquier establecimiento de salud de la Provincia de Jujuy (Historia Clínica Electrónica).

La información que no se encuentra integrada a nivel federal y por ende a nivel provincial limita fuertemente la disponibilidad de información en tiempo y forma. Por otra parte, atenta contra la calidad adecuada para la evaluación, planificación, gestión de los servicios y programas, para la elaboración de planes de intervención y la toma de decisiones en política sanitaria para la mejora de la atención de la población.

La incompatibilidad entre los distintos sistemas de información genera retardos en el procesamiento y auditoría de las prestaciones realizadas y la imposibilidad de pagar las prestaciones en el tiempo que establece la normativa para las Obras Sociales, propiciando el financiamiento cruzado, utilizando los presupuestos hospitalarios para dar servicios prestacionales a sus beneficiarios sin costo alguno, llevando a un desfinanciamiento a los hospitales públicos, por tanto no permitiéndoles cumplir con toda la cartera de prestaciones que requiere la población de la Provincia.

Ante esta realidad, es que proponemos como una iniciativa de inversión privada a través del Ministro de Salud la “Concesión de Explotación de Recupero de Costo de Atenciones de Pacientes con Cobertura y Sistema Integral de Gestión Clínica para los Hospitales y Centros de Salud Públicos de la Provincia de Jujuy”.

VI. “Digitalización progresiva de imágenes obtenidas de los equipos existentes y los informes diagnósticos asociadas a estas, en la red pública de la Provincia de Jujuy”.

Las imágenes clínicas obtenidas de los diferentes tipos de dispositivos de rayos x, resonador, mamógrafo, tomógrafo son un apoyo fundamental a la actividad clínica desarrollada por los diferentes equipos de salud de la provincia, en este contexto la necesidad de obtener imágenes que puedan ser informadas a distancia y que sean un apoyo a la estrategia de telemedicina impulsada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy en su Plan Estratégico de Salud.

Esta realidad le impone a la red sanitaria poseer mecanismos de digitalización de imágenes, vías de transmisión de estas y los informes de diagnóstico que acompañan a estas imágenes, es así que la presente propuesta busca de manera progresiva la digitalización de los equipos priorizados por el Ministerio según los requerimientos establecidos en concordancia con el orden de prioridad clínica y ubicación geográfica a fin de mejorar la cobertura de imágenes diagnósticas, constituyéndose en un mejoramiento del accionar sanitario.

Hoy se requiere de una mayor cobertura, pero también de una mejora sustancial en la oportunidad diagnóstica, vale decir, que tan rápido se pueda obtener el informe de las imágenes obtenidas, es así que la propuesta que se presenta busca resolver de manera progresiva no sólo una mayor cobertura en la obtención de imágenes, sino que también en el procesamiento y diagnóstico de las mismas.

La imagen digital permite realizar el diagnóstico a distancia por especialistas del sistema e incluso enviar al resto del país y el extranjero. Este procedimiento acelera los tiempos de revelados, permitiendo aumentar el número de prestaciones por turno.

La digitalización permite la óptima calidad de lectura de imágenes, que resultan importantes para el diagnóstico precoz de cáncer de mama, por ejemplo. Estas imágenes se pueden enviar en red a todos los hospitales de la provincia e incorporarlos en la futura historia clínica digital de los pacientes.

Ante esta realidad, es que proponemos como una iniciativa de inversión privada a través del Ministro de Salud la implementación de “Digitalización progresiva de imágenes obtenidas de los equipos existentes y los informes diagnósticos asociadas a estas, en la red pública de la Provincia de Jujuy”

Por tanto:

El Ministerio será el propietario de la información rescatada por el Prestador de cada paciente atendido en los distintos servicios entregados por este y la podrá utilizar para los fines que estime necesarios.

El Ministerio de Salud de Jujuy colocará al servicio de las unidades aquí propuestas (hemodiálisis, hemodinamia, oftalmología, oncología, recupero de costo de atenciones y sistema integral de atención clínica) al personal que cumpla funciones en áreas de estas especialidades en los distintos hospitales de la red, entendiéndose médicos, personal técnico, de enfermería, de aseo y seguridad, quedando bajo la dirección técnica del Prestador quien ostentará la dirección médica y administrativa de las unidades afectas a este convenio.

El Ministerio de Salud de Jujuy colocará a disposición del prestador el equipamiento existente en áreas de estas especialidades (hemodiálisis, hemodinamia, oftalmología, oncología, recupero de costo de atenciones y sistema integral de atención clínica) del hospital Pablo Soria o de otros que sean parte de la red, siendo el prestador quien resuelva la viabilidad de utilizar todo o parte de él, para la implementación y operación del presente proyecto. Será cargo del prestador la mantención de todo ese equipamiento.

Que todo lo anterior significa entregar un servicio de mayor cobertura y calidad a todos aquellos pacientes que requieran.

Confidencialidad.

Las partes acuerdan entender por confidencial, toda información técnica o material, sea oral, escrita, electrónica o acumulada por cualquier otro medio, relacionada directa o indirectamente con las investigaciones, actividades, metodologías, estrategias e información operacional del prestador y el Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy, sean ellas pasadas, presentes o futuras, cualquiera sea la forma en que la haya recibido u obtenido, y aunque no hayan sido objeto de anotación específica como información confidencial. La expresión incluye toda información o material preparado por el prestador y el Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy, sin importar el medio a través del cual sea preparado o comunicado. Asimismo incluye, sin que el enunciado sea limitante: estructuras; técnicas; modelos; métodos; procedimientos; composiciones; fórmulas; diseños; dibujos; especificaciones; datos; códigos de fuente; códigos de objetos; documentación; diagramas; organigramas; investigaciones; desarrollo; know how; información de productos existentes o nuevos; información de tecnología existente o nueva; prototipos de productos; copias de productos; técnicas o materiales de fabricación, desarrollo o marketing; tablas de desarrollo o marketing; planes de estrategia y desarrollo, listas de pacientes, distribuidores, vendedores, trabajadores, otras listas de personal y cualquier otra información relacionada con pacientes, distribuidores, vendedores y trabajadores; políticas de

precios, información financiera o cualquier otra información similar; metas, proyectos e iniciativas de estrategia; alianzas societarias, estrategias u otras alianzas; información susceptible de ser objeto de una solicitud de patente o de derechos de autor; y cualquier otro dato reservado sobre procesos industriales, tecnológicos, biológicos u otra información del prestador y el Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy que no sea de público conocimiento, todo ello sin que haga diferencia que la mencionada información se encuentre reducida o no a un medio escrito, grabado o reproducido a través de cualquier medio o forma tangible o intangible.

Las partes se obligan a mantener en secreto la información confidencial. Las partes se comprometen a manejar bajo riguroso secreto la información confidencial que le sea revelada por el prestador o el Ministerio, o que ellas desarrollen, o de las cuales tomen conocimiento con ocasión de cumplir el objeto de este convenio, así como a abstenerse de utilizarla con propósitos distintos a la ejecución de las tareas que, de acuerdo con este convenio y las instrucciones del prestador y el Ministerio, le corresponda hacer.

Dicho secreto implica, sin que la enumeración sea excluyente, que las partes estarán especialmente obligadas a:

- No revelar ni distribuir bajo forma alguna, directa o indirecta, la información confidencial;
- No duplicar por ningún medio la información confidencial, salvo para facilitar el cumplimiento de sus obligaciones laborales para con el prestador y el Ministerio;
- Adoptar todas las medidas necesarias para que la información mantenga su carácter de confidencial y se evite situaciones o actos que puedan producir perjuicio a cualquiera de las partes.

Plazo de vigencia del convenio.

La duración será de 10 años desde la firma del presente convenio. Durante este plazo el Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy se obliga a tener exclusividad con el prestador de los servicios materia de este convenio (hemodiálisis, hemodinamia, oftalmología, oncología, recupero de costo de atenciones y sistema integral de atención clínica).

Propuesta económica.

Para servicios de hemodiálisis:

- Se pagará al Ministerio de Salud de Jujuy el equivalente en porcentaje de la facturación mensual de cada centro de acuerdo a la siguiente tabla.

Porcentaje de ocupación	Porcentaje de facturación mensual
Igual a 50% y hasta 59%	10%
60% hasta 69%	15%
70% o superior	20%

- Sin perjuicio que el Ministerio nos pueda mandar a realizar las prestaciones de hemodiálisis que requieren los pacientes sin cobertura, el valor de la prestación otorgada a estos pacientes podrá deducirse del pago que el proveedor debe realizar como canon mensual al Ministerio, lo cual debe quedar expresamente señalado en el convenio respectivo.
- El Ministerio asumirá los costos de consumos de agua, luz, gas, lavandería y alimentación, además de la disposición final de residuos peligrosos de los centros de diálisis.

Para servicios de hemodinamia:

- Se pagará al Ministerio de Salud de Jujuy el equivalente en porcentaje de la facturación mensual de acuerdo a la siguiente tabla.

Porcentaje de ocupación	Porcentaje de facturación mensual
Igual a 50% y hasta 59%	10%
60% hasta 69%	15%
70% o superior	20%

- Sin perjuicio que el Ministerio nos pueda mandar a realizar las prestaciones de hemodinamia que requieren los pacientes sin cobertura, el valor de la prestación otorgada a estos pacientes podrá deducirse del pago que el proveedor debe realizar como canon mensual al Ministerio, lo cual debe quedar expresamente señalado en el convenio respectivo.
- El Ministerio asumirá los costos de consumos de agua, luz, gas, lavandería y alimentación, además de la disposición final de residuos peligrosos de la unidad de hemodinamia.

Para servicios de oftalmología:

- Se pagará al Ministerio de Salud de Jujuy el equivalente al 20% de la facturación mensual del Dispositivo de Especialidad Centralizado-Oftalmológica (DECO).
- Sin perjuicio que el Ministerio nos pueda mandar a realizar las prestaciones de oftalmología que requieren los pacientes sin cobertura, el valor de la prestación otorgada a estos pacientes podrá deducirse del pago que el proveedor debe realizar como canon mensual al Ministerio, lo cual debe quedar expresamente señalado en el convenio respectivo.
- El Ministerio asumirá los costos de consumos de agua, luz, gas, lavandería y alimentación, además de la disposición final de residuos peligrosos de los dispositivos oftalmológicos.

Para servicios de oncología (quimioterapia y radioterapia):

- Se pagará al Ministerio de Salud de Jujuy el equivalente en porcentaje de la facturación mensual de cada unidad de acuerdo a la siguiente tabla.

Porcentaje de ocupación	Porcentaje de facturación mensual
Igual a 50% y hasta 59%	2 %
60% hasta 69%	4 %
70% o superior	5 %

- Sin perjuicio que el Ministerio nos pueda mandar a realizar las prestaciones de oncológicas (radioterapia y quimioterapia) que requieren los pacientes sin cobertura, el valor de la prestación otorgada a estos pacientes podrá deducirse del pago que el proveedor debe realizar como canon mensual al Ministerio, lo cual debe quedar expresamente señalado en el convenio respectivo.
- El Ministerio asumirá los costos de consumos de agua, luz, gas, lavandería y alimentación, además de la disposición final de residuos peligrosos la unidad de oncología.

Para la implementación y gestión de recupero de costo de atenciones y sistema integral de atención clínica:

- La empresa percibirá como pago por las prestaciones brindadas y canon por el uso del sistema informático provisto el 20% de la totalidad de las sumas efectivamente ingresadas a la provincia producto de la gestión de recupero de gastos.

- Para calcular el porcentaje a abonar, se calculará sobre la totalidad de las sumas efectivamente percibidas por la gestión de recupero de gastos y Plan Sumar. Exceptuado lo ingresado por la OS provincial, que sólo se cobrará una suma por el procesamiento de la información.

Para la implementación de la digitalización progresiva de imágenes obtenidas de los equipos existentes y los informes diagnósticos asociadas a estas:

- El prestador cobrará por cada una de las imágenes informadas de acuerdo a la siguiente tabla, que estipula el tipo de examen, su prioridad clínica, y el porcentaje a cobrar con respecto al valor establecido en cada uno de los nomencladores de precios de prestación de cada obra social.

Informes	Urgencias	Ambulatorios
Radiografía	70%	60%
Escáner	60%	50%
Resonancia	70%	60%
Ecografía	No aplica	50%
Mamografía	No aplica	50%

- El porcentaje a cobrar tiene incorporado la inversión de los conversores necesarios para los equipos análogos priorizados para que puedan transmitir y almacenar digitalmente sus imágenes.

Cláusula de reversión del acuerdo.

En caso que alguna de las partes requiera revertir el acuerdo contractual de los servicios incluidos en esta propuesta antes del periodo acordado deberá indemnizar a la otra de la siguiente forma:

- En caso que sea el prestador el que quiera reversar el acuerdo deberá indemnizar al Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy el monto equivalente a los cánones de arriendo que falten por percibir del acuerdo.
- En caso que sea el Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy el que quiera reversar el acuerdo deberá indemnizar al prestador por un equivalente al monto de la inversión realizada en cada uno de los servicios prestados, e incluidos en esta propuesta.

Incumplimiento del convenio.

Si cualquiera de las partes incumpliera las obligaciones contempladas en el presente convenio, la parte afectada podrá requerir el cumplimiento de la acción incumplida mediante notificación formal en un plazo no mayor a 20 días, siendo el

plazo para cumplir el que se determine en la notificación formal ya señalada. De reiterar la conducta, facultará a la parte afectada para solicitar rescindir este convenio y reclamar los daños y perjuicios derivados del incumplimiento.

Domicilio

Para los efectos deducidos de este convenio, ambas partes fijan sus domicilios de acuerdo a lo señalado en el encabezado, lugares que serán válidos para efectuar todas las notificaciones a que haya lugar ya sea judiciales como extrajudiciales, y hasta que no se notifique formalmente un cambio de esos domicilios.

Jurisdicción.

En caso de disputa o simple controversia de orden jurídico, ya sea en la interpretación, ejecución, y/o alcances de este convenio, las partes acuerdan someterse a la competencia de los Tribunales Provinciales Ordinarios competentes de la ciudad de San Salvador de Jujuy.

Impuesto de Sellos.

En caso de que así corresponda, las partes acuerdan que el impuesto de sellos correspondiente al presente convenio será pagado en partes iguales por el prestador y el Ministerio de Salud.

Prestador

Ministerio de Salud