

**Ley N° VII-0196-2004 (5167)**

*El Senado y la Cámara de Diputados de la Provincia  
de San Luis, sancionan con fuerza de  
Ley*

**COBERTURA MÉDICA. CONVENIO ENTRE NACIÓN - PROVINCIA**

**ARTICULO 1°.-** Aprobar el Convenio suscripto con fecha 26 de Marzo de 1999, entre el Estado Nacional, representado por el Señor Secretario de Desarrollo Social de la Nación y el Gobierno de la Provincia de San Luis, representado por el Señor Ministro Secretario de Estado de Desarrollo Humano y Social de la Provincia de San Luis, homologado por Decreto N° 1491-DHyS (SESI)-99, cuyo objetivo es brindar cobertura médica a los beneficiarios en el marco del Programa Federal de Pensiones Nacionales No Contributivas (PROFE), en base a la conformación de una red de prestaciones que permita la atención de los mismos con infraestructura calificada y suficiente de acuerdo al modelo de atención, con un sistema equitativo y solidario con el total de beneficiarios sin cobro de coseguros de ningún tipo.-

**ARTICULO 2°.-** Regístrese, comuníquese al Poder Ejecutivo y archívese.-

**RECINTO DE SESIONES** de la Honorable Legislatura de la Provincia de San Luis, a los nueve días del mes de agosto del año mil novecientos noventa y nueve.-

Dr. RUBEN ANGEL RODRIGUEZ  
Presidente  
H. Cámara de Diputados - San Luis

C.P.N. MARIO RAUL MERLO  
Presidente  
Honorable Cámara de Senadores  
Provincia de San Luis

RAUL ERNESTO OCHOA  
Secretario Legislativo  
H. Cámara de Diputados - San Luis

Esc. JUAN FERNANDO VERGES  
Secretario Legislativo  
H. Senado Provincia. de San Luis

Entre la Secretaría de Desarrollo Social de la Nación, por una parte, representada en este acto por el señor Secretario de Desarrollo Social, con domicilio en la Avenida 9 de Julio N° 1925, de la Capital Federal, en adelante denominada la Secretaría y por la otra parte, el Ministerio de Desarrollo Humano y Social del Gobierno de la Provincia de SAN LUIS, representada en este acto por el Señor Ministro de Desarrollo Humano y Social, Don IGNACIO MONTERO GARCIA, con domicilio en la calle 9 de Julio N° 934, Ciudad de San Luis, en adelante denominada La Provincia, se conviene:

- PRIMERA.- La Secretaría encomienda a La Provincia la atención médica integral de los beneficiarios de Pensiones No Contributivas afiliados al PROFE, residentes en el ámbito de La Provincia de y cuya atención se encuentra a cargo de La Secretaría.
- SEGUNDA.- El número aproximado de beneficiarios a los que se refiere la cláusula primera del presente alcanza a cinco mil cuatrocientos cincuenta y uno (5.451). La Secretaría se compromete a hacer entrega del Padrón, con posterioridad a la firma del convenio. Las altas y bajas que se produzcan serán notificadas por La Secretaría a La Provincia dentro de los treinta (30) días de producidas.
- TERCERA La atención médica a la que se obliga La Provincia se basará en la conformación de una red de prestaciones que permita la atención de los beneficiarios con infraestructura calificada y suficiente de acuerdo al modelo de atención. El sistema a implementar deberá ser equitativo y solidario con el total de beneficiarios sin cobro de coseguros de ningún de tipo. La Provincia someterá a La Secretaría, dentro de los 30 (treinta) días de la fecha de inicio del convenio, el listado de prestadores correspondientes a todos los niveles y modalidades de atención, reservándose esta última el derecho de rechazar aquellos que estime no reúnen los requisitos necesarios para actuar como tales. En tal supuesto La Provincia deberá proceder al reemplazo del prestador en el plazo de diez (10) días hábiles a partir de la notificación que se le practique sin perjuicio de continuar con la adecuada atención de los beneficiarios. La negativa a la exclusión del prestador, conforme se describió anteriormente, facultará a La Secretaría a resolver la relación contractual con justa causa. La presentación de la red se realizará según planillas y soportes magnéticos que brindará la Dirección Nacional de Prestaciones Médicas.
- CUARTA.- Las prestaciones a brindar por La Provincia se estructurarán sobre la base de un médico generalista – médico de familia – el que será responsable de la atención integral de no más de 500 (quinientos) beneficiarios. Así también, La Provincia proveerá los medicamentos contemplados en el “Formulario Terapéutico Nacional” (COMRA.- última edición) de conformidad con la siguiente modalidad:
- a.- En internación: Medicamentos provistos 100% (cien por ciento).
  - b.- En Ambulatorio: Cobertura según “Formulario Terapéutico Nacional “COMRA” (última edición), sea en farmacias hospitalarias 100% (cien por ciento) a cargo de La Provincia y en la red privada 50 %.
- QUINTA Es obligación esencial del profesional a que se refiere la cláusula anterior llevar una historia clínica personal y única por cada beneficiario la que se mantendrá permanentemente actualizada. Copia de la misma, deberá ser entregada cuando el beneficiario requiera acceder a otro nivel de atención.
- SEXTA Será obligación esencial de los centros asistenciales de 2° y 3° nivel conservar las historias clínicas de los beneficiarios registrando en ellas todos los episodios médicos, de enfermería, de apoyo terapéutico y asistenciales que se hubieren brindado al beneficiario.
- SEPTIMA Para la concreción de este modelo, La Provincia podrá subcontratar prestadores, bajo su exclusiva responsabilidad y control, siendo responsables de la calidad

total de la atención y eximiendo a la Secretaría por toda responsabilidad derivada de dichos subcontratos.- El personal de La Provincia, cualquiera sea la naturaleza de su relación jurídica, así también como los prestadores integrantes de la red, no tendrán relación ni vínculo jurídico alguno con La Secretaría. La Secretaría no asume responsabilidad alguna por las obligaciones de naturaleza laboral, previsional, impositiva, o de cualquier otro tipo que La Provincia pudiera contraer con su personal o con los prestadores que integran la red.

En el caso de subcontratos, La Provincia deberá entregar a La Secretaría una copia del correspondiente contrato dentro de los diez (10) días de suscripto.

**OCTAVA** La Secretaría se reserva el derecho de realizar auditorías y supervisión de las obligaciones asumidas por La Provincia, en virtud de la contratación.- A los fines de posibilitar el ejercicio de esta facultad, La Provincia deberá implementar las medidas necesarias que aseguren el libre acceso de los profesionales de La Secretaría a los prestadores con el fin de realizar las auditorías en terreno que estimen pertinentes. Esta facultad incluye la de efectuar auditorías administrativo - contables .

**NOVENA** En todos los niveles de complejidad, se arbitrarán, por otra parte de La Provincia, los medios necesarios para la atención adecuada y oportuna a los beneficiarios de Pensiones No Contributivas. Así también La Provincia se obliga a poner a disposición de los beneficiarios una Unidad Gerenciadora con personal especializado cuya nómina antecedentes y dedicación deberá ser informada a esta Secretaría dentro de los diez (10) días de iniciado el convenio, con el fin de su mejor atención.

**DÉCIMA** La Provincia se compromete a presentar la información estadística y epidemiológica que se le requiera. Se compromete asimismo a brindar todo dato o información que le requiera La Secretaría sobre la prestación brindada.

**DÉCIMA PRIMERA** Las partes acuerdan, sin perjuicio de las obligaciones que surgen del presente, promover el desarrollo de la salud de los beneficiarios y la elaboración, en conjunto, de programas de prevención y promoción de la salud.

**DÉCIMA SEGUNDA** Los pacientes en tránsito no incluidos en el padrón de La Provincia, pertenecientes a los beneficiarios de La Secretaría, correspondientes a otras jurisdicciones o provincias, que padezcan una situación de emergencia que requiera inmediata atención médica, ambulatoria o de internación, de impostergable ejecución serán atendidos por la red prestacional de La Provincia, solicitando autorización a la provincia de origen o en su defecto a la Dirección Nacional de Prestaciones Médicas de La Secretaría.

Los gastos que demande la asistencia mencionada serán facturados por separado a valores del Nomenclador de Hospitales de Autogestión, acompañando la mencionada facturación con copia de la Historia Clínica del paciente asistido, donde consten los actos médicos recibidos por el mismo además de las órdenes autorizadas emanadas de La Secretaría o de la Provincia de origen.

Las facturas objeto de dichas prestaciones, serán presentadas a la Dirección Nacional de Prestaciones Médicas de La Secretaría el último día del mes o día hábil posterior, y serán canceladas luego de ser autorizadas por la misma en un plazo no mayor a los 45 (cuarenta y cinco) días de la fecha de recepción, debitándose el monto de las mismas a la provincia de origen.

**DÉCIMA TERCERA** La Secretaría se reserva el derecho de ejercer los controles que estime pertinentes a efectos de verificar el efectivo cumplimiento en tiempo y forma de los pagos que La Provincia deberá efectuar a los prestadores integrantes de la red, así como sobre el cumplimiento estricto de todas y cada una de las obligaciones asumidas por La Provincia, quedando expresamente establecido que cualquier incumplimiento o irregularidad detectada podrá motivar la

suspensión de los pagos por parte de la Secretaría, hasta tanto La Provincia regularice tal situación.-

**DÉCIMA CUARTA MULTAS Y PENALIDADES:** Sin perjuicio de la facultad de rescindir la relación contractual, en la forma prevista en el presente instrumento y en la legislación de fondo pertinente, se establecen las penalidades a aplicar por La Secretaría en los casos en que se constaten incumplimientos por parte de La Provincia o los integrantes de la red, en la forma que a continuación se detalla: La Secretaría queda facultada a aplicar un régimen de multas progresivas con sujeción a las siguientes pautas:

- A.1. Cuando se comprobaren, dentro de un mismo mes calendario, más de cinco (5) casos de demoras en el otorgamiento de turnos por parte de un mismo prestador excediendo los plazos previstos por cada Nivel de Atención, se aplicará a La Provincia una multa de entre el cero coma cinco por ciento (0.5%) y el cinco por ciento (5%) de la cápita mensual total para La Provincia. El importe de la multa no podrá ser inferior al valor de cincuenta (50) cápitaa y se determinará atendiendo a la gravedad de la falta.-
- A.2. Cuando se comprobare dentro de un mismo mes calendario la existencia de más de tres(3) rechazos injustificados de pacientes que demanden servicios comprometidos, se aplicará una multa de entre el uno por ciento (1%) y el cinco por ciento (5%) de la cápita mensual total.- Se considerará también rechazo injustificado, la falta de derivación oportuna de pacientes para la realización de prácticas.
- A.3. En el caso de cobros a beneficiarios por servicios incluidos en la presente contratación, sin perjuicio de la obligación de La Provincia de resolver la inmediata separación del profesional y el prestador de la red en que se hubiere constatado el hecho y de su obligación de realizar la denuncia penal correspondiente y el reintegro al beneficiario de lo abonado, se aplicará a La Provincia una multa que ascenderá a cinco (5) veces el importe exigido o percibido indebidamente. La responsabilidad de La Provincia, en este supuesto, resultará objetiva y derivada de la elección de los prestadores y profesionales que realizarán la prestación encomendada. Además, La Provincia deberá acreditar debidamente ante La Secretaría los controles establecidos para evitar la ocurrencia del hecho semejante y cómo habrán de perfeccionarse para impedir su reiteración, bajo apercibimiento de la rescisión del contrato por su exclusiva culpa.-
- A.4. En caso de detectarse Historias Clínicas que no cumplieren los requisitos mínimos imprescindibles, la multa a aplicar ascenderá a un importe que oscilará entre cero coma uno por ciento(0.1%) y el cinco por ciento (0,5%) de la cápita mensual total, por cada una de las Historias Clínicas irregulares que se detecten. Las Historias Clínicas que correspondan a beneficiarios internados podrán ser auditadas por los profesionales de La Secretaría durante las (24) veinticuatro horas del día, e inclusive domingos y feriados. En toda circunstancia se le permitirá extraer fotocopias a los auditores cuando así lo soliciten. Las Historias Clínicas auditadas deberán ser rubricadas por un profesional auditor o bien por todos los profesionales que realicen la auditoria consignando la fecha del acto.-
- A.5. Ante la falta de Historias Clínicas, falta de asientos por más de veinticuatro (24) horas o constatación de asientos falsos en las mismas y/o de supuestos de mala praxis, con independencia de las restantes medidas que con relación a la verificación de los dos últimos incumplimientos la Secretaría decida adoptar, se aplicará una multa que ascenderá a un importe equivalente que oscilará entre uno por ciento (1%) y cinco por ciento (5%) de la cápita mensual total, por cada historia clínica faltante, asiento omitido o falso y supuesto de mala praxis.

- A.6. En los casos de implante de prótesis que no posean las características técnicas aceptadas, se aplicará una multa de entre el uno por ciento (1%) y el cinco por ciento (5%) de la cápita mensual total, por cada caso.
- A.7. En caso de verificarse el alta prematura de algún paciente que demande su reinternación por la misma patología en un plazo no superior a las setenta y dos (72) horas de haberse otorgado el alta, se aplicará una multa de entre el uno por ciento (1%) y el cinco por ciento (5%) de la cápita mensual total, por cada paciente.-
- A.8. En caso de no realizarse los estudios necesarios para arribar a un diagnóstico, o comprobarse su realización tardía o inadecuada, así como en el supuesto de no disponerse la atención por el especialista que corresponda de acuerdo con la patología del paciente, se aplicará una multa de entre el uno por ciento (1%) y el cinco por ciento (5%) de la cápita total mensual.
- A.9. En los casos que algún prestador no facilite o no permita o de algún modo obstaculice la realización de las auditorías que La Secretaría está facultada a realizar, se aplicará a La Provincia una multa de entre el uno por ciento (1%) y el diez por ciento (10%) de la cápita total mensual.
- A.10. En caso de verificarse malos tratos hacia los pacientes se aplicará una multa de entre el cero coma cincuenta (0,50%) y el cuatro por ciento (4%) de la cápita total mensual.
- A.11. En caso de verificarse la indicación de trámites innecesarios a realizar por los beneficiarios, destinados a desalentar la accesibilidad a las prestaciones, se aplicará una multa de entre el uno por ciento (1%) y el diez (10%) por ciento de la cápita total mensual, por cada paciente que sufriera tal irregularidad.
- A.12. De producirse demoras injustificadas en la cobertura de emergencias, se aplicará una multa de entre el uno por ciento (1%) y el cinco por ciento (5%) de la cápita total mensual por cada demora.
- A.13. En caso de detectarse falsedad en la información estadística/epidemiológica se aplicará una multa de entre el cero coma cinco (0,5%) y cuatro por ciento (4%) de la cápita total mensual por cada falsedad detectada.

La determinación del monto de la multa pertinente, entre los mínimos y máximos establecidos, será realizada por La Secretaría en cada caso, teniendo en cuenta la gravedad de la falta, las consecuencias sobre la salud de los beneficiarios, la cantidad de personas comprometidas y los antecedentes de La Provincia. En todos los casos en que las faltas se imputaran a prestadores o profesionales, La Provincia no podrá eximir su responsabilidad invocando la inexistencia de relación jerárquica o capacidad de control sobre tales instituciones o personas, en tanto dicha responsabilidad surge de la elección de los prestadores y profesionales que se realizará para efectuar la integración de la red.-

Ante la posibilidad de la aplicación de las multas descriptas por La Secretaría a La Provincia, éstas estarán sujetas a resolución de una Comisión Mixta a los efectos de su tratamiento y eventual aplicación. Dicha Comisión deberá conformarse por un representante de cada parte y en un plazo no superior a los treinta (30) días de la suscripción del presente convenio.

**DÉCIMA QUINTA** El presente contrato tendrá una duración de 13 (trece) meses a partir del día 1 de diciembre de 1998 con vencimiento el 31 de diciembre de 1999, pudiendo ser prorrogado por acuerdo de parte. Sin perjuicio de ello, cualquiera de las partes podrá rescindir el presente, sin expresión de causa, previo aviso a la otra parte otorgado con 60 (sesenta) días de anticipación.

**DÉCIMA SEXTA** La Secretaría se reserva el derecho de introducir modificaciones a los Anexos del presente siempre que las mismas no alteren el espíritu del mismo y no modifiquen substancialmente la ecuación económica financiera de este

contrato. Las modificaciones deberán ser notificadas con una anticipación de 60 (sesenta) días.

**DÉCIMA SÉPTIMA** Los importes que correspondan a La Provincia por las prestaciones a que se refiere el presente convenio no podrán ser aplicados a otro destino que no sea el previsto en el presente acuerdo. Sin perjuicio de ello La Provincia podrá disponer hasta un 4% (cuatro por ciento) para la función administrativa de la Unidad Ejecutora Provincial manteniendo un local cuyas características edilicias permitan prestar adecuada atención a los beneficiarios de Pensiones No Contributivas.

**DÉCIMA OCTAVA** En el hipotético caso que La Provincia no pudiese brindar una prestación o frente a la necesidad de continuidad de tratamiento de un beneficiario de Pensiones No Contributivas, La Secretaría se reserva el derecho de contratar un prestador a ése solo efecto, previa comunicación a la Unidad Ejecutora Provincial, pudiendo debitar el costo de tal prestación de la cápita a abonarse por la atención realizada en el mes en curso.

**DÉCIMA NOVENA** El pago de los servicios a brindar en virtud de la presente contratación se realizará mediante el sistema de cápita integral. A tal efecto, La Secretaría abonará a La Provincia, por cada beneficiario que se encuentre inscripto en su padrón, el precio fijado para cada cápita. La cápita se abonará por mes vencido, dentro de los 30 días corridos de la fecha de recepción de la factura.

La Secretaría abonará mensualmente en concepto de cápita integral la suma de \$ 21,50 (pesos veintiuno con cincuenta centavos).

La Provincia autoriza a La Secretaría a debitar de la facturación mensual los valores correspondientes a las prestaciones que se encuentran a cargo de terceros y que aún no han finalizado en sus contrataciones con La Secretaría, tomando como base para ello el valor acordado a cada prestación, teniendo en cuenta los montos y fechas de vencimiento registrados en el Anexo III.

**VIGÉSIMA** La Provincia deberá presentar:

Mensualmente:

Un informe con el número de beneficiarios e identificación de los mismos, de las siguientes prestaciones:

Hemodiálisis, Geriatria, Psiquiatria, Discapacidad, Transplantes, Prótesis y Ortesis entregadas.

Cuatrimestralmente:

Información de morbimortalidad y de uso de la red en todos los niveles de atención.

Esta información deberá ser presentada según planillas y soportes magnéticos que brindará oportunamente la Dirección Nacional de Prestaciones Médicas, quién procesará y devolverá dicha información.

El cumplimiento de tales requisitos es condición indispensable para el cobro de la cápita mensual.

**VIGÉSIMA SEGUNDA** En caso de que La Provincia rescindiera unilateralmente el contrato, sin perjuicio de las consecuencias legales del acto, deberá continuar brindando la totalidad de los servicios comprometidos durante sesenta (60) días a contar desde la notificación en forma fehaciente, cumpliendo los requisitos exigidos en la contratación.-

El incumplimiento facultará, en forma automática, a La Secretaría a hacer cumplir la obligación por un tercero a costa de La Provincia.-

**VIGÉSIMA TERCERA** Como principio de calidad, La Provincia deberá haber realizado la apertura de la historia clínica de cada beneficiario empadronado dentro de los seis meses de iniciado el convenio.

VIGÉSIMA CUARTA La provincia se compromete a difundir el Pro-Fe entre todos los beneficiarios y el personal de salud provincial por todos los medios de difusión masiva.

VIGÉSIMA QUINTA La Provincia se compromete a sostener la partida presupuestaria genuina para el sostenimiento del sector de salud, sin utilizar los fondos del Pro-Fe en su remplazo.

VIGÉSIMA SEXTA Los derechos y obligaciones surgidos del presente contrato no podrán ser transferidos ni cedidos totalmente.

VIGÉSIMA SÉPTIMA Para el caso en que La Secretaría contrate un seguro de trasplante con el C.U.C.A.I.B.A., La Provincia dejará de inmediato de prestar este servicio, efectuando el débito La Secretaría por la suma de \$0,2738 por cápita (centavos veintisiete con treinta ocho diez milésimas) de la cápita integral estipulada.

VIGÉSIMA OCTAVA A los fines de percibir los importes que correspondan a La Provincia, por las prestaciones descriptas, La Provincia deberá contar con la apertura de una cuenta de acuerdo a lo dispuesto por las Resoluciones 83/95, 262/95 y Circular 9, de La Secretaría de Hacienda de la Nación y por las que en el futuro las complementen, que será utilizada, en forma exclusiva y excluyente para la ejecución del presente convenio.  
Los fondos depositados en dicha cuenta no podrán ser aplicados a ningún otro destino que no sea el previsto en el presente convenio.

VIGÉSIMA NOVENA Forman parte integrante del presente contrato los siguientes Anexos:

Anexo I: Modelo Prestacional.

Anexo II: Informe Mensual de Auditoría de calidad de Atención.

Anexo III: Planilla de Prestaciones Vigentes.

Las partes establecen como domicilio válido para cualquier notificación los siguientes:

- Secretaría de Desarrollo Social:  
Hipólito Irigoyen N° 1447 – 4° Piso – Capital Federal  
Pensiones Asistenciales

- Provincia de San Luis.  
Ministerio de Desarrollo Humano y Social.  
Calle 9 de Julio N° 934.  
Ciudad de San Luis. – Provincia de San Luis.

TRIGÉSIMA Para el supuesto de controversia sobre la interpretación del presente acuerdo, ambas partes se someten a la jurisdicción de los Tribunales Federales de la Capital Federal.

En prueba de conformidad se firman 2 (dos) ejemplares de un mismo tenor en la Ciudad de Buenos Aires a los ( ) días del mes de de 1999.-

Lic. Jose Oscar Figueroa  
Secretario de Desarrollo Social  
Presidencia de la Nación

Ignacio Moisés Montero García  
Ministro de Desarrollo  
Humano y Social

ANEXO I

Al establecer el concepto de cápita integral se entiende la que incluye las siguientes prestaciones, sin perjuicio de las que incorpore el P.M.O. (Superintendencia de Seguros de Salud):

- 1) Programa Médico Obligatorio según el Decreto 492/95 y todas las modificaciones que han surgido o pudieran surgir por parte de la Superintendencia de Seguros de Salud. Medicamentos ambulatorios según vademécum COMRA (última edición) al 50% (cincuenta por ciento). Diálisis aguda y crónica.
- 2) Odontología que incluye prótesis móviles.
- 3) Psiquiatría aguda y crónica, sin tope de cobertura.
- 4) Rehabilitación, sin tope de cobertura.
- 5) Prótesis y ortesis, en todas sus formas. Elementos de ayuda ortopédicos y no ortopédicos.
- 6) Cobertura de implantes y trasplantes. Módulos de pre y postransplante. Medicación inmunosupresora.
- 7) Citostáticos.
- 8) Factores antihemofílicos.
- 9) Cobertura de alcoholismo y adicciones.
- 10) Cobertura de enfermedades infectocontagiosas. Incluye SIDA.
- 11) Internación en Hogares Geriátricos.
- 12) Material descartable de uso continuo en ambulatorio e internación.
- 13) Sepelios.
- 14) Cobertura de atención de discapacidad en establecimientos especializados y programas integrales (Proidis, etc.)

ANEXO IIINFORME MENSUAL DE AUDITORIA DE CALIDAD DE ATENCION

- Mes y año
- Lugares auditados
  - a) Establecimientos
    - Consultorios 1er. y 2º Nivel de Atención
    - Establecimientos de internación en II y III Nivel de Atención
    - Instituciones de Diagnóstico y Trat. (laboratorios, centros de estudios de imágenes y farmacias)

Cada mes el informe comprenderá no menos del 5% de los establecimientos de la Red Prestacional.

- b) Domicilios de pacientes
  - Personas entrevistadas
  - Problemas detectados
  - Opinión de los beneficiarios
  - Opinión del personal de los efectores
  - Opinión general de la auditoría; aspectos relevantes positivos y negativos
  - Comentarios
  - Medidas adoptadas
  - Firma del Ministro de Salud de la Provincia.

ANEXO III

<u>PRESTACIÓN</u>	<u>VALOR</u>	<u>FECHA DE FINALIZACIÓN</u>
ODONTOLOGÍA	0,684	31 de diciembre de 1999
ÓPTICA	0,78	31 de diciembre de 1999

Ignacio Moisés Montero García  
Ministro de Desarrollo  
Humano y Social



VISTO el expediente N° 13.328/98 del registro de la SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL de la PRESIDENCIA DE LA NACIÓN, y la Resolución N° 3520 del 7 de diciembre de 1998, y

CONSIDERANDO:

Que por los Decretos N° 292/95 y 492/95 se ha dispuesto la transferencia de los beneficiarios de pensiones no contributivas, excepto ex – combatientes y discapacitados a la SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL.

Que por el artículo 20 del Decreto N° 292/95 se faculta a la SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL a brindar cobertura médica de tales beneficiarios a través de contrataciones con distintos prestadores médicos.

Que la contratación aprobada por la Resolución de Vistos finaliza el día 30 de noviembre de 1998.

Que corresponde en consecuencia realizar un nuevo contrato de prestación por cápita integral por un período de trece meses, a partir del día 1 de diciembre de 1998, estableciéndose como nuevo vencimiento el día 31 de diciembre de 1999.

Que en virtud de lo expuesto, corresponde conforme fuera lo decretado, la contratación con el MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL DEL GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SAN LUIS para la cobertura médica integral de la población beneficiaria de dicha provincia que se encuentra a cargo de esta SECRETARIA.

Que dicho contrato ha cumplido con las previsiones necesarias para garantizar la efectiva prestación del servicio de cobertura médica a los afiliados a cargo de esta SECRETARIA.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN ha afectado preventivamente la erogación pertinente.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS ha intervenido conforme le corresponde.

Que la presente Resolución se dicta en uso de las facultades conferidas por Decreto N° 227/94.

Por ello,

EL SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL  
DE LA PRESIDENCIA DE LA NACIÓN  
RESUELVE:

- ARTICULO 1º.- Apruébase el convenio celebrado entre la SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL de la PRESIDENCIA DE LA NACIÓN, por una parte, y el MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL DEL GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SAN LUIS, representada por el Sr. MINISTRO DE DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL, de la citada Provincia, Don Ignacio Moisés MONTERO GARCIA para la realización de las tareas encomendadas, en forma y condiciones en él indicadas y que como Anexo se incorpora a la presente.
- ARTICULO 2º.- Autorízase la contratación del MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL DEL GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SAN LUIS, para la atención médica de CINCO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UN (5.451) beneficiarios de pensiones no contributivas residentes en la PROVINCIA DE SAN LUIS, a razón de PESOS VEINTIUNO CON CINCUENTA CENTAVOS (\$21,50) por cápita, pagaderos por mes vencido dentro de los treinta (30) días de recepción de la factura, según los términos del convenio citado que por la presente se aprueba.
- ARTICULO 3º.- La erogación a cargo de esta SECRETARIA, conforme lo estipulado en el artículo anterior, suma que asciende a PESOS UN MILLON QUINIENTOS VEINTITRÉS MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y CUATRO (\$1.523.554), se imputará con cargo a las partidas presupuestarias específicas del presupuesto de esta SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL para los ejercicios financieros correspondientes.
- ARTICULO 4º.- Regístrese, comuníquese y archívese.

RESOLUCIÓN N° 1205

**Lic. Jose Oscar Figueroa**  
Secretario de Desarrollo Social  
Presidencia de la Nación

CORRESPONDE AL EXPEDIENTE N° 13328/98

**Lic. Jose Oscar Figueroa**  
Secretario de Desarrollo Social  
Presidencia de la Nación