

LA PLATA, **24 JUN 2013**

**VISTO** el expediente N° 2914-8205/11, iniciado por DIRECCION DE PROGRAMAS ESPECIFICOS, caratulado: "E/ PROPUESTA DE INCREMENTO DE VALORES PARA LA COBERTURA DE PRESTACIONES A AFILIADOS DISCAPACITADOS CIEGOS Y DISMINUIDOS VISUALES", y

**CONSIDERANDO:**

Que tratan las presentes actuaciones de la propuesta de modificación de los valores vigentes para las prestaciones brindadas a personas ciegas o disminuidas visuales, previstos en la Resolución N° 3939/12;

Que a fojas 42/45, obra copia de la Resolución N° 3939/12;

Que a fojas 56, la Dirección de Programas Específicos informa que la actualización tiene como fin equiparar los valores a los previstos para idénticas prestaciones en otras Resoluciones que normalizan prestaciones recibidas en Centros de Día, Rehabilitación, Escuela Especial, teniendo en cuenta los aumentos dispuestos para éstos últimos en el marco del Programa de Discapacidad dependiente de esa Dirección; quien a fojas 53/54, adjunta proyecto de modificación de Anexo 1 de la Resolución N° 3939/12 con los nuevos incrementos de valores del diez por ciento (10 %) a partir del 1° mayo y hasta el 30 de septiembre de 2013 y de un ocho por ciento (8%) a partir del 1° de octubre de 2013. Finalmente informa que a fojas 55, agrega el análisis del incremento del gasto que ocasionaría la aprobación de la propuesta, por una suma mensual de pesos cincuenta y seis mil cuatrocientos cuarenta y uno (\$56.441) desde mayo a septiembre de 2013 y pesos cuarenta y nueve mil seiscientos sesenta y seis (\$49.666) mensuales de octubre a diciembre de 2013;

**35 20 / 13**

Que a fojas 57, la Dirección General de Prestaciones da curso favorable a la solicitud planteada;

Que a fojas 58, la Dirección General de Administración remite los actuados a la Dirección de Finanzas a fin de tomar compromiso preventivo en las partidas presupuestarias previendo la suma total de pesos cuatrocientos treinta y un mil doscientos tres (\$431.203);

Que a fojas 59 obra comprobante de imputación y compromiso provisorio del gasto: ENT 200, PRG 1, AES 1, Finalidad 3, Función 1, Principal 3, Subprincipal 4, Par 8, Fuente de Financiamiento 1.2, Ejercicio 2013. Ley N° 14.393;

Que a fojas 60 y vuelta., la Dirección de Relaciones Jurídicas no tiene observaciones que realizar, estimando que correspondería someter la misma a consideración del Directorio y aprobar, de considerarlo oportuno y conveniente, el aumento de los valores contemplados en el Anexo 1 de la Resolución N° 3939/12;

Que el Departamento de Coordinación deja constancia que el Directorio en su reunión de fecha 12 de junio de 2013, según consta en Acta N° 23, RESOLVIÓ: Aprobar la modificación de los valores de cobertura de las prestaciones brindadas a personas ciegas o disminuidas visuales; modificando el Anexo 1 de la Resolución N° 3939/12, el que formará parte del acto administrativo a dictarse como Anexo Único; con entrada en vigencia a partir del 1° de mayo y hasta el 30 de septiembre de 2013 en un diez por ciento (10%); y a partir del 1° de octubre 2013;

Que la presente medida se dicta en uso de las facultades conferidas en el art. 7° inc. d, f, g, y concs. de la Ley N° 6982 (T.O. 1987)

Por ello,

**35 20 / 13**

**EL DIRECTORIO DEL INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL  
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
RESUELVE**

**ARTICULO 1º.** Aprobar la modificación de los valores de cobertura de las prestaciones brindadas a personas ciegas o disminuidas visuales; modificando el Anexo 1 de la Resolución N° 3939/12 con entrada en vigencia a partir del 1º de mayo y hasta el 30 de septiembre de 2013 en un diez por ciento (10%); y a partir del 1º de octubre de 2013 un ocho por ciento (8%) el que formará parte de la presente Resolución como Anexo Único, ello en virtud de los considerandos que anteceden.


**ARTICULO 2º.** El gasto demandado será atendido con la siguiente imputación presupuestaria ENT 200, PRG 1, AES 1, Finalidad 3, Función 1, Principal 3, Subprincipal 4, Par 8, Fuente de Financiamiento 1.2, Ejercicio 2013. Ley N° 14.393

**ARTICULO 3º** Registrar. Comunicar a la Dirección General de Administración, a la Dirección General de Prestaciones y por su intermedio a la Dirección de Programas Específicos. Pasar a las Direcciones Generales, y a la Dirección General de Regionalización Direcciones intervinientes del Instituto para su conocimiento. Cumplido, archivar.

RESOLUCION N°

**35 20 / 13**



  
Dr. ANTONIO LA SCALETTA  
Presidente  
I.O.M.A.

**VALORES DE COBERTURA**  
**DESDE EL 1 DE MAYO HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DEL 2013**

1) Estimulación Temprana: módulo de dos horas diarias no mayor a tres veces por semana.

|                            |                                  |
|----------------------------|----------------------------------|
| Módulo de dos horas máximo | \$ 150,00 por módulo. \$ 75/hora |
|----------------------------|----------------------------------|

2) Escuela Especial: Solo se contempla la jornada simple, cuatro horas diarias como máximo, entre lunes y viernes, no mayor a tres veces por semana en sede; y dos sesiones de integración como máximo en escuela común. (Anexo 1, Capítulo 3, inciso b).

|                 |                  |
|-----------------|------------------|
| Jornada diaria. | \$ 85 Por módulo |
|-----------------|------------------|

3) Rehabilitación: Solo se contempla la Jornada simple, cuatro horas diarias como máximo entre lunes y viernes, no mayor a tres veces por semana. (Anexo1, Capítulo 3, Inciso c)

|                                |                      |
|--------------------------------|----------------------|
| Módulo de cuatro horas diarias | \$ 225,00 por módulo |
|--------------------------------|----------------------|

4) Rehabilitación con Internación en modalidad semiintensiva

|                |                   |
|----------------|-------------------|
| Módulo mensual | \$ 19.800 por mes |
|----------------|-------------------|

5) Rehabilitación con Internación en modalidad bajo requerimiento

|                |                   |
|----------------|-------------------|
| Módulo mensual | \$ 11.000 por mes |
|----------------|-------------------|

**CADA MODALIDAD SE PODRA AUTORIZAR DURANTE UN PERIODO DE HASTA 3 MESES. LOS MODULOS TENDRAN LAS MISMAS INCLUSIONES Y EXCLUSIONES QUE LOS CONTEMPLADOS EN LA RESOLUCION DE REHABILITACION VIGENTE.**

**35 20 / 13**

6) Centro de Día: Módulo mensual para discapacidad visual con déficit agregados: mental, motor y/o auditivo. (Anexo 1, Capítulo 3, Inciso d).

| Jornada Simple                      | Cuatro horas/día lunes a viernes |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| Centros con convenio                | \$ 3.690                         |
| Centros sin convenio sin transporte | \$ 2.565                         |
| Centros sin convenio con transporte | \$ 3.690                         |

| Jornada Completa                    | Ocho horas/día lunes a viernes |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| Centros con convenio                | \$ 4.965                       |
| Centros sin convenio sin transporte | \$ 3.840                       |
| Centros sin convenio con transporte | \$ 4.965                       |

7) Sesión de integración, asesoramiento o tratamiento individual: Realizada por maestro integrador o profesional capacitado en domicilio o en otras instituciones donde concurren afiliados ciegos o disminuidos visuales, con o sin déficit agregados.

Este módulo contempla un máximo de 4 horas por día, hasta tres veces por semana. Módulo de cuatro horas diarias no mayor a tres veces por semana.

|             |       |
|-------------|-------|
| Valor hora: | \$ 75 |
|-------------|-------|

*Al **TRATAMIENTO INDIVIDUAL**, solo accederán afiliados que habiendo pasado por todas las instancias anteriormente descritas, no encontraron cabida en ninguna de ellas. El período máximo de cobertura es de dos años con opción a la renovación por un año más debidamente fundamentado. Los profesionales encargados de llevar a cabo el proceso de rehabilitación deberán poseer título habilitante y acreditar experiencia previa por un término no menor de dos años en esta prestación. Cada caso será evaluado en su singularidad, por el área correspondiente de este IOMA.*

**8) Meses de verano:** Si ocurriera el cierre de la institución durante este período deberá comunicarse al IOMA y no se reconocerá cobertura.

3520 / 13

## ANEXO 1

### VALORES DE COBERTURA DESDE EL 1 DE OCTUBRE DEL 2013

1) Estimulación Temprana: módulo de dos horas diarias no mayor a tres veces por semana.

|                            |                                  |
|----------------------------|----------------------------------|
| Módulo de dos horas máximo | \$ 160,00 por módulo. \$ 80/hora |
|----------------------------|----------------------------------|

2) Escuela Especial: Solo se contempla la jornada simple, cuatro horas diarias como máximo, entre lunes y viernes, no mayor a tres veces por semana en sede; y dos sesiones de integración como máximo en escuela común. (Anexo 1, Capítulo 3, inciso b).

|                 |                  |
|-----------------|------------------|
| Jornada diaria. | \$ 95 Por módulo |
|-----------------|------------------|

3) Rehabilitación: Solo se contempla la Jornada simple, cuatro horas diarias como máximo entre lunes y viernes, no mayor a tres veces por semana. (Anexo1, Capítulo 3, Inciso c)

|                                |                      |
|--------------------------------|----------------------|
| Módulo de cuatro horas diarias | \$ 240,00 por módulo |
|--------------------------------|----------------------|

4) Rehabilitación con Internación en modalidad semiintensiva

|                |                   |
|----------------|-------------------|
| Módulo mensual | \$ 21.384 por mes |
|----------------|-------------------|

5) Rehabilitación con Internación en modalidad bajo requerimiento

|                |                   |
|----------------|-------------------|
| Módulo mensual | \$ 11.880 por mes |
|----------------|-------------------|

CADA MODALIDAD SE PODRA AUTORIZAR DURANTE UN PERIODO DE HASTA 3 MESES. LOS MODULOS TENDRAN LAS MISMAS INCLUSIONES Y EXCLUSIONES QUE LOS CONTEMPLADOS EN LA RESOLUCION DE REHABILITACION VIGENTE.

35 20 / 13



6) Centro de Día: Módulo mensual para discapacidad visual con déficit agregados: mental, motor y/o auditivo. (Anexo 1, Capítulo 3, Inciso d).

|                                     |                                  |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| Jornada Simple                      | Cuatro horas/día lunes a viernes |
| Centros con convenio                | \$ 4.000                         |
| Centros sin convenio sin transporte | \$ 2.770                         |
| Centros sin convenio con transporte | \$ 4.000                         |

|                                     |                                |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| Jornada Completa                    | Ocho horas/día lunes a viernes |
| Centros con convenio                | \$ 5.380                       |
| Centros sin convenio sin transporte | \$ 4.150                       |
| Centros sin convenio con transporte | \$ 5.380                       |

7) Sesión de integración, asesoramiento o tratamiento individual: Realizada por maestro integrador o profesional capacitado en domicilio o en otras instituciones donde concurren afiliados ciegos o disminuidos visuales, con o sin déficit agregados. Este módulo contempla un máximo de 4 horas por día, hasta tres veces por semana. Módulo de cuatro horas diarias no mayor a tres veces por semana.

|             |       |
|-------------|-------|
| Valor hora: | \$ 80 |
|-------------|-------|

*Al **TRATAMIENTO INDIVIDUAL**, solo accederán afiliados que habiendo pasado por todas las instancias anteriormente descritas, no encontraron cabida en ninguna de ellas. El período máximo de cobertura es de dos años con opción a la renovación por un año más debidamente fundamentado. Los profesionales encargados de llevar a cabo el proceso de rehabilitación deberán poseer título habilitante y acreditar experiencia previa por un término no menor de dos años en esta prestación. Cada caso será evaluado en su singularidad, por el área correspondiente de este IOMA.*

**8) Meses de verano:** Si ocurriera el cierre de la institución durante este período deberá comunicarse al IOMA y no se reconocerá cobertura.

3520 / .3