

LA PLATA, 29 SEP 2014

VISTO el expediente N° 2914-26506/14 iniciado por DIRECCION DE PROGRAMAS ESPECIFICOS, caratulado: "E/ PROPUESTA DE MODIFICACION DE VALORES PARA LA COBERTURA DE RAHABILITACION EN CENTROS DE DIA Y HOGARES DE DISCAPACITADOS CRONICOS DEL IOMA", y

CONSIDERANDO:

Que tratan las presentes actuaciones de la propuesta por parte de la Dirección de Programas Específicos relacionada con la modificación de los valores de los módulos que regulan las prestaciones de rehabilitación en Centros de Día y Hogares de Discapacitados Crónicos;

Que a fojas 1, la Dirección propiciante informa que dicha modificatoria se encuadra en la adecuación de los valores de las prestaciones a fin de garantizar la normal continuidad de los servicios que brindan estas Instituciones. Asimismo, la presente propuesta en análisis surge del consenso en sucesivos encuentros con los efectores del servicio, además del relevamiento presupuestario que dio como resultado la desactualización de los aranceles vigentes en la Obra Social para estas prestaciones y que dificulta el acceso de los afiliados a su cobertura. Por otra parte, sugiere que la propuesta en cuestión cobre vigencia a partir del 1° de junio de 2014. Por último, constituyendo la modificación un incremento promedio del treinta y cinco (35%) por ciento y en función de la cantidad de afiliados que acceden regularmente a estas prestaciones en sus distintas modalidades, la auditoria informa que el impacto mensual estimativo del gasto que insumirá el presente incremento arancelario será de pesos ochocientos dos mil seiscientos siete (\$802.607);

Que a fojas 2/12, obran los proyectos de Anexos 1 a 5 y copia de la Resolución N° 3522/13 del Directorio;

Que la Dirección General de Prestaciones interviene a fojas 13 toma conocimiento de los presentes actuados y sugiere la viabilidad de los mismos;


4756 / 14

Que a fojas 14, la Dirección General de Administración remite las presentes a la Dirección de Finanzas a fin de que se sirva tomar el compromiso preventivo por un monto total de pesos cinco millones seiscientos dieciocho mil doscientos cuarenta y nueve (\$5.618.249),

Que a fojas 15 la Dirección de Finanzas agrega imputación y compromiso provisorio del gasto : ENT 200, PRG 1, AES 1, Finalidad 3, Función 1, Principal 3, Subprincipal 4, Fuente de Financiamiento 1.2, Par 8, Presupuesto General Ejecutivo 2014 Ley N° 14.552;

Que a fojas 17/32, luce copia de la Resolución del Directorio N° 4319/11 que incluye normas operativas, modalidades prestacionales, modelos de planillas y valores, referentes a las prestaciones brindadas a afiliados con discapacidades crónicas en Centros de Día y Hogares;

Que a fojas 33 y 34, la Dirección de Relaciones Jurídicas no encuentra objeciones que formular desde el punto de vista de su competencia estimando que correspondería someter las presentes a consideración del Directorio, a los fines que se dejen sin efecto las Resoluciones del Directorio N° 3522/13 y N° 4319/11, y se aprueben en consecuencia los proyectos de Anexos 1 a 5 obrantes a fojas 2/7 relativos a las prestaciones brindadas a afiliados discapacitados crónicos, con vigencia a partir del 1° de junio del 2014 y de conformidad con la propuesta proveniente de la Dirección de Programas Específicos;

Que Departamento de Coordinación deja constancia que el Directorio en su reunión de fecha 25 de septiembre de 2014, según consta en Acta N° 39, RESOLVIÓ: Derogar las Resoluciones N° 4319/11 y N° 3522/13 del Directorio, y aprobar las prestaciones y los nuevos valores de los módulos que regulan las prestaciones de rehabilitación en Centros de Día y Hogares de Discapacitados Crónicos, detallados en los Anexos 1, 2, 3, 4 y 5, con entrada en vigencia a partir del 1° de junio de 2014, que como Anexo Único formará parte del acto administrativo a dictarse;

Que la presente medida se dicta en uso de las facultades conferidas en el art. 7 inc D de la Ley N° 6982 (T.O. 1987) .

Por ello,

4756 / 14

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

ARTICULO 1º. Derogar las Resoluciones N° 4319/11 y N° 3522/13 del Directorio.

ARTICULO 2º. Aprobar las prestaciones y los nuevos valores de los módulos que regulan las prestaciones de rehabilitación en Centros de Día y Hogares de Discapacitados Crónicos, detallados en los Anexos 1, 2, 3, 4 y 5, con entrada en vigencia a partir del 1º de junio de 2014, que como Anexo Único formará parte de la presente Resolución, todo ello en virtud de los considerandos que anteceden.

ARTICULO 3º. El gasto demandado será atendido con cargo a la partida : ENT 200, PRG 1, AES 1, Finalidad 3, Función 1, Principal 3, Subprincipal 4, Fuente de Financiamiento 1.2, Presupuesto General Ejecutivo 2014 Ley N° 14.552;

ARTICULO 4º. Registrar. Comunicar a la Dirección de Programas Especificos. Dirección General de Prestaciones, Pasar a las Direcciones Generales y demás Direcciones intervinientes del Instituto para su conocimiento. Cumplido, archivar.

RESOLUCION N°

4756 / 14




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

ANEXO 1
DEFINICIÓN DE LA PRESTACIÓN

El Programa de Asistencia Básica para pacientes Discapacitados Crónicos brindará cobertura integral bajo las modalidades de Centro de día y Hogar.

Siendo los criterios que determinen la utilización de los recursos:

- 1) Desde lo médico: edad, patología, tipo de discapacidad y autovalimiento.
- 2) Desde el área social: diagnóstico de riesgo socioambiental.

En referencia al perfil de Patologías cuyas necesidades se buscan satisfacer se solicitará la siguiente documentación:

- Certificado de discapacidad o fecha de turno de la junta: define la discapacidad del afiliado en relación a su función y medio ambiente.
- Evaluación médica que describa estado actual del paciente y sus requerimientos prestacionales
- Evaluación psiquiátrica específica que determine la evolución del paciente psiquiátrico crónico, terapéutica implementada, resultados obtenidos, pronóstico de la patología, requerimiento asistencial. (incluye evaluación Neuropsicológica)
- Evaluación de independencia funcional: instrumento de medida internacional que permite objetivar el grado de dependencia del paciente.
- Evaluación socioambiental: documento para saber la contención sociofamiliar a fin de determinar si corresponde la desafectación del afiliado a su domicilio para asegurarle la provisión de la asistencia requerida por el mismo.

Esta documentación junto con los demás requisitos detallados en los anexos, será evaluada por auditoría especializada del Departamento de Discapacidad sector rehabilitación y prótesis y por el Departamento de Asistentes Sociales a fin de determinar su ingreso.

4756 / 14

ANEXO 2
NORMAS OPERATIVAS

**REQUISITOS INSTITUCIONALES PARA CENTROS DE DÍA Y HOGARES
PARA DISCAPACITADOS CRÓNICOS**

- Habilitación ministerial por el decreto 3020/02 del MSPBA referente a regulación de recurso humano y físico de instituciones para la asistencia de personas discapacitadas.
- Acondicionamiento de las diferentes instituciones en referencia a medidas de seguridad e higiene, a saber:
 - Programa de Emergencia
 - Servicio de área protegida
 - Plan de evacuación
 - Características edilicias en el marco del cumplimiento de Ley de barreras arquitectónicas
 - Adecuado almacenamiento de alimentos
 - Medidas de seguridad respecto a elementos de riesgo para pacientes con compromiso cognitivo ejecutivo (seguridad en la cocina con adecuados cerramientos, vitrinas para el almacenamiento de medicación, etc.)
 - Certificación de eliminación de residuos patogénicos
 - Espacios destinados a la atención de visitas.

REQUISITOS PARA EL ACCESO DEL BENEFICIARIO A LA PRESTACIÓN

Para acceder a cualquiera de las prestaciones, los afiliados deberán presentar:

- Fotocopia de carnet, recibo de sueldo y DNI
- Verificación afiliatoria otorgada por I.O.M.A
- Orden médica con indicación de modalidad solicitada con resumen de historia clínica
- Copia de Certificado de Discapacidad
- Planilla de admisión completa (otorgada por IOMA)
- Planilla de pre – alta
- No se incluirá en la solicitud de la cobertura, ningún presupuesto, tanto si la prestación fuere a ser brindada por efectores sin convenio como por prestadores conveniados. La valorización de las prestaciones contenidas en el Anexo 5 de la presente Norma, constituye para este IOMA el 100% de su cobertura.

La orden de prestación será gestionada por el afiliado titular, familiar responsable o representante legal.

4756 / 14

El ingreso y el tiempo de permanencia en la modalidad hogar serán determinados por las instancias técnico profesional del área Médica de discapacidad y el Departamento de Asistentes Sociales, en función de lograr una adecuada articulación de los recursos institucionales con las posibilidades de las familias de continencia limitada.

Cuando se determine una inadecuación en cualquiera de las modalidades y/o un déficit en la calidad de prestación, la Dirección de Programas Específicos a través de sus instancias técnicas profesionales, podrá arbitrar los medios para la reubicación del afiliado.

Las autorizaciones de cobertura se realizarán por un periodo máximo de 12 (doce) meses renovables mientras dure el requerimiento de la prestación.

SISTEMA DE AUDITORIA E INFORMACIÓN

Primera Etapa:

- **Pre - alta:**

Autorización preliminar vía fax u on - line que permite dar curso rápido al requerimiento del afiliado en riesgo. Determina el ingreso quedando a consideración posterior su continuidad luego de la evaluación del trámite. Se completa planilla con datos del prestador, del afiliado, evaluación clínica y social y se especifica fecha de ingreso. Dicha solicitud es evaluada por auditoría médica y de asistente social y se responde en el plazo de 72 hs. con la firma de la Dirección de Programas Específicos

Segunda Etapa:

- **Auditoría Médica:**

Evaluación del trámite de excepción por auditoría especializada luego de la cual, en caso de considerar adecuado el ingreso se evaluará si se adecua al módulo propuesto por la institución. De ser aprobada esta instancia enviará el trámite a Asistentes Sociales.

- **Auditoría de Asistentes Sociales:**

Elaborará informe socio-familiar que explicita las distintas variables familiares, económicas, laborales y de salud previa que permitan evaluar la contención familiar y justifiquen la imposibilidad de otros dispositivos previos a la internación.

En caso de ser necesario, las auditorías médicas y de asistentes sociales del I.O.M.A. podrá concurrir al establecimiento asistencial, con el objeto de verificar el ingreso y la permanencia del paciente, según criterios profesionales y administrativos normatizados.

Asimismo el establecimiento comunicará al área de Discapacidad aquellos casos en que un paciente sufra una complicación clínica o quirúrgica o sea necesario un traslado a otro establecimiento.

ANEXO 3
MODALIDADES PRESTACIONALES

1. MÓDULO DE CENTRO DE DÍA.

- a) Media jornada (4 horas)
- b) Jornada completa (8 horas)

2. MÓDULO DE HOGAR BGD (FIM menor a 65)

3. MODULO DE HOGAR AGD (FIM mayor o igual 65)

4. SUBMÓDULOS DE COMPLEJIDAD CLINICA Y PSIQUIATRICA

- Submódulo de alimentación enteral (Inclusiones y valor según Resol de Rehabilitación)
- Submódulo de escaras (Inclusiones y valor según Resol de Rehabilitación)
- Submódulo de oxígeno (Inclusiones y valor según Resol de Rehabilitación)
- Submódulo de paciente con sondaje vesical permanente (Inclusiones y valor según Resol de Rehabilitación)
- Submódulo de psiquiatría: incluye asistencia y supervisión permanente por personal especializado previa evaluación y justificación con plan terapéutico hasta 88 horas mensuales (simil AT)

1. MÓDULOS PARA CENTRO DE DÍA

POBLACIÓN

Modalidad prestacional destinada a pacientes de edad adulta con discapacidad en estadio crónico mental y/o motora estable o progresiva, quienes habiendo agotado la instancia terapéutica carecen de potencial rehabilitable, pero requieren supervisión o asistencia de terceros y prestación básica de rehabilitación para mantención, teniendo contención sociofamiliar durante algunas horas del día; por lo tanto solo requiere atención parcial por parte de la institución. (4hs u 8 hs)

Dicha prestación se clasifica en dos módulos

A. CENTRO DE DÍA JORNADA SIMPLE: hasta 4 hs diarias

B. CENTRO DE DÍA JORNADA COMPLETA: hasta 8 hs diarias

Para pacientes semidependientes que requieren de asistencia parcial de terceros, con requerimiento de rehabilitación básica interdisciplinaria.

4756 / 14

2. MÓDULOS DE INTERNACIÓN EN HOGAR

Modalidad prestacional destinada a pacientes de edad adulta con discapacidad en estadio crónico mental y/o motora estable o progresiva, quienes habiendo agotado la instancia terapéutica carecen de potencial rehabilitable, con requerimiento de supervisión o asistencia de terceros y prestación de rehabilitación de mantenimiento, pero con el componente de ausencia total de contención sociofamiliar, condicionando así la calidad de vida del paciente debido a la imposibilidad de recibir el abordaje asistencial requerido bajo un régimen ambulatorio o domiciliario.

GENERALIDADES DE LOS MÓDULOS DE CENTRO DE DÍA Y HOGAR RECURSO HUMANO

En virtud del perfil de las patologías enmarcadas dentro de las presentes modalidades prestacionales es que este IOMA considera necesario que las mismas incluyan para el abordaje de los pacientes un EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE REHABILITACION en las siguientes áreas:

AREA MÉDICA

Las funciones serán evaluación y seguimiento de los pacientes, coordinación del equipo, supervisión de programas de actividades, indicación de terapéutica farmacológica, prescripción de provisiones requeridas por los pacientes.

Deberá estar constituida por:

- a) médico fisiatra
- b) médico psiquiatra
- c) médico clínico (este último solo en el caso de los hogares) quienes estarán encargados del seguimiento diario de los pacientes, implementación de terapéutica indicada en su área y determinación de parámetros de estabilidad clínica que condicionen la permanencia o egreso del paciente de la institución que los alberga.

AREA TECNICO PROFESIONAL

Constituida a su vez por:

1. **AREA MOTORA:** la cual deberá contar con kinesiología, con el fin de mantener al máximo de las posibilidades en el rendimiento motor de los pacientes y disminuir el riesgo de posturas viciosas que condicionen deformidades, contracturas y dolores.

- 
2. **AREA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL:** la cual deberá contar con Terapeuta ocupacional y fonoaudiólogo: con el fin de conseguir el mantenimiento de autovalimiento mínimo de los pacientes en las actividades diarias (higiene, alimentación, vestido, comunicación) como así también de una vía de alimentación segura. También capacitaran al personal en la metodología de asistencia al paciente.
 3. **AREA COGNITIVA:** Constituida por psicología y psicopedagogía: con el fin de mantener la conexión del paciente consigo mismo y su entorno.
 4. **AREA SOCIAL:** conformada por Trabajador Social, con la finalidad de mantener los vínculos familiares y comunitarios de los afiliados, quién participará en primera instancia en la entrevista de admisión con la familia siendo la finalidad de continuar y mejorar la relación familiar debiendo realizar evaluaciones periódicas y participar en la planificación de la socialización y recreación teniendo en cuenta la particularidad de cada una. Para el caso de la internación deberá intervenir acompañando y asistiendo al afiliado y su grupo familiar para evitar desarraigo y abandono. Evaluar periódicamente posibilidades de egreso.
 5. **NUTRICIONISTA** (solo en caso de Hogares): a fin de confeccionar dietas personalizadas de acuerdo a las patologías de los pacientes.

En lo referente a la asistencia de **ENFERMERÍA**, dichas instituciones deberán contar:

- a) **PARA CENTRO DE DÍA:** hasta un enfermero profesional por turno para supervisión de medicación y hasta 1 auxiliar de enfermería por turno cada 10 pacientes
- b) **HOGAR CON BAJO GRADO DE DEPENDENCIA:** hasta un enfermero profesional por turno y hasta 1 auxiliar de enfermería por turno cada 10 pacientes.
- c) **HOGAR CON ALTO GRADO DE DEPENDENCIA:** hasta un enfermero profesional por turno y hasta 1 auxiliar de enfermería por turno cada 5 pacientes. Además deberá contar con seguimiento diario por medico clínico quien deberá mantener un régimen de guardia pasiva las 24 hs..

En caso de traslados para realización de estudios o requerimiento de mayor complejidad, el establecimiento prestador deberá hacerse cargo de los gastos que ello demande.

4756 / 14

**ANEXO 4
PLANILLAS**

**PLANILLA PARA SOLICITUD DE COBERTURA EN CENTRO DE DÍA
Y EN HOGAR**

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre:

Edad:

Numero de afiliado:

Domicilio:

Teléfono:

Familiar responsable (nombre, domicilio, teléfono y grado de parentesco):
.....
.....

PRESTACIÓN SOLICITADA
.....

PRESTADOR

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Motivo de la internación:
.....
.....

Enfermedad actual:
.....
.....

Medicación:

| | |
|------------|--|
| Oral | |
| Endovenosa | |
| Subcutánea | |
| Otras | |

Medicamentos que recibe:

.....

4756 / 14

Sondas:

| | | | |
|---------|----|--------------|--|
| VESICAL | | PERMANENTE | |
| SI | NO | INTERMITENTE | |

| | | | |
|--------------|----|--------------|--|
| NASOGASTRICA | | PERMANENTE | |
| SI | NO | INTERMITENTE | |

Estado nutricional:

.....
.....
.....

Escaras:

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

Localización

.....
.....

Grado

Antecedentes de importancia:

.....
.....

Fecha de inicio de la patología:

Informe de estudios complementarios:

EVALUACION COGNITIVA Y PSIQUIATRICA

| | | | |
|----------|--|-----------|--|
| MEMORIA | | | |
| Normal | | Alterada | |
| ATENCION | | | |
| Normal | | Alterada | |
| LENGUAJE | | | |
| Normal | | Alterado | |
| | | Expresivo | |
| | | Mixto | |
| CONDUCTA | | | |
| Normal | | Alterada | |
| | | Estable | |
| | | Inestable | |

4756 / 14

EVALUACION FISIÁTRICA

.....
.....
.....
.....

EVALUACION SOCIO - FAMILIAR

.....
.....
.....
.....
.....

EVOLUCIONES POR AREAS (COMPLETAR EN LAS RENOVACIONES)

.....
.....
.....
.....

OBJETIVOS GENERALES

.....
.....
.....
.....

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

4756 / 14

TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

| INDEPENDIENTE | PUNTAJE |
|--------------------------------|---------|
| Independencia total | 7 |
| Independencia con adaptaciones | 6 |

| DEPENDENCIA | PUNTAJE |
|---|---------|
| Solo requiere supervisión (no se toca el paciente) | 5 |
| Solo requiere mínima asistencia (el paciente aporta el 75% o mas) | 4 |
| Requiere asistencia moderada (el paciente aporta el 50 % o mas) | 3 |
| Requiere asistencia máxima (el paciente aporta el 25%) | 2 |
| Asistencia total (el paciente aporta menos del 25%) | 1 |

| ITEM | ACTIVIDAD | PUNTAJE |
|------------------------------|------------------------------|---------|
| Autocuidado | | |
| 1 | Alimentación | |
| 2 | Aseo personal | |
| 3 | Baño | |
| 4 | Vestido parte superior | |
| 5 | Vestido parte inferior | |
| 6 | Uso de baño | |
| Control de esfínteres | | |
| 7 | Control de intestino | |
| 8 | Control de Vejiga | |
| Transferencias | | |
| 9 | Cama/ Silla/ Silla de ruedas | |
| 10 | Al Baño | |
| 11 | A la ducha o bañera | |
| Locomoción | | |
| 12 | Marcha o silla de ruedas | |
| 13 | Escaleras | |
| Comunicación | | |
| 14 | Comprensión | |
| 15 | Expresión | |
| Conexión | | |
| 16 | Interacción Social | |
| 17 | Resolución de Problemas | |
| 18 | Memoria | |
| PUNTAJE FIM TOTAL | | |

Si el logro de la actividad implica un riesgo para si o terceros, o bien se necesitan 2 ayudantes se califica como uno.

4756 / 14

DIRECCION DE PROGRAMAS ESPECIFICOS

AUDITORIA DE IOMA CENTRAL

AUDITORIA DE ASISTENTES SOCIALES

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

AUDITORIA MEDICA : Se autoriza: SI NO

Por el término de: A partir de

Monto mensual: Monto total:.....

Según Resol. N° :.....

Observaciones:

.....
.....
.....
.....
.....



.....
Firma del auditor

.....
Firma del Director

...../...../.....
Fecha

4756 / 14

ANEXO 5
VALORES DE MODALIDADES PRESTACIONALES

| MODULOS | VALORES CENTROS SIN CONVENIO | | VALORES CENTROS CON CONVENIO | |
|--|--|--------------|------------------------------|--------------|
| | VALOR MENSUAL | VALOR DIARIO | VALOR MENSUAL | VALOR DIARIO |
| Centro de Día Jornada Completa (8 horas) | \$6.255 | \$208 | \$6.950 | \$231 |
| Centro de Día Jornada Simple (4 horas) | \$4.089 | \$136 | \$4.544 | \$151 |
| Hogar con Bajo Grado de Dependencia (FIM < 65) | \$7.538 | \$251 | \$9.910 | \$330 |
| Hogar con Alto Grado de Dependencia (FIM > ó = 65) | \$10.746 | \$358 | \$13.476 | \$449 |
| SUBMODULOS DE COMPLEJIDAD CLINICA Y PSIQUIÁTRICA PARA CENTROS CON Y SIN CONVENIO | VALOR MENSUAL | | VALOR DIARIO | |
| Submódulo de alimentación enteral | \$12.357 | | \$412 | |
| Submódulo de escaras. | \$ 3.627 | | \$121 | |
| Submódulo de oxígeno | \$9.575 | | \$319 | |
| Submódulo de paciente con sondaje vesical permanente | \$ 3.627 | | \$121 | |
| Submódulo de psiquiatría: incluye asistencia y supervisión permanente por personal especializado previa evaluación y justificación con plan terapéutico hasta 88 horas mensuales | \$60/hora Valor según Resol 3195/14 Área Educativo Terapéutica | | | |

Los submódulos de complejidad clínica contemplan las inclusiones y valores según Resol. 3527/13 de Rehabilitación y sus respectivas actualizaciones

4756/14