

LA PLATA, **11 AGO 2015**

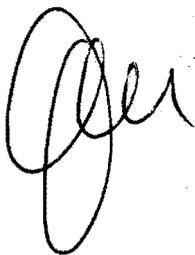
VISTO el expediente N° 2914-3337/15, iniciado por DIRECCION GENERAL DE PRESTACIONES caratulado: "PROPUESTA DE ACTUALIZACION DE VALORES DE LA COBERTURA DE ATENCION DOMICILIARIA INTEGRAL A AFILIADOS DEL IOMA", y

CONSIDERANDO:

Que por las presentes actuaciones, la Dirección de Programas Específicos propone una adecuación de valores de las prestaciones contenidas en la Resolución N° 4598/14, que regula la cobertura de Atención Domiciliaria Integral para los afiliados de este Instituto;

Que la Dirección propiciante informa que dicha modificatoria se encuadra en la adecuación de las prestaciones contenidas en la citada norma a fin de garantizar la normal continuidad de los servicios que brindan estos efectores. Asimismo, se sugiere que la presente propuesta de incremento arancelario del veintitrés por ciento (23%) promedio cobre vigencia a partir del 01/4/15. Con respecto al impacto económico presupuestario mensual se estima en pesos trece millones ochocientos mil (\$13.800.000), implicando pesos ciento veinticuatro millones doscientos mil (\$124.200.000) para el 2015. Para dicha actualización la Dirección precedente entiende que correspondería modificar la normativa vigente derogando solo los Anexos II, III, IV, V y VI de la Resolución N° 4598/14 (cuyas copias obran a fojas 29/49) y reemplazarlos por los Anexos correspondientes que se adjuntan a fojas 3 a 22 inclusive;

Que a fojas 23/49, luce Resolución N° 4598/14 del Directorio.

**3544 / 15**

Que a fojas 50, la Dirección General de Prestaciones eleva las presentes actuaciones para su intervención y tratamiento por parte del Directorio;

Que a fojas 51, la Dirección General de Administración remite las presentes actuaciones a la Dirección de Finanzas a fin de que se sirva tomar el compromiso preventivo por un monto total de pesos ciento veinticuatro millones doscientos mil (\$124.200.000), conforme planilla obrante a fojas 52;

Que a fojas 52, 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, Par 8, Fuente de Financiamiento 1.2, Presupuesto General Ejecutivo 2015 Ley N° 14.652;

Que a fojas 54 y vuelta, la Dirección de Relaciones Jurídicas entiende que, no existiendo objeciones que formular al respecto, podría el Directorio brindar tratamiento a la presentes dictando el pertinente acto administrativo que recepte la modificación propuesta por la Dirección de Programas Específicos dejando sin efecto los Anexos II, III, IV, V y VI de la Resolución del Directorio N° 4598/14;

Que el Departamento deja constancia que el Directorio en su reunión de fecha 5 de agosto de 2015, según consta en Acta N° 31, RESOLVIÓ: Aprobar la modificación de los Anexos II, III, IV, V y VI de la Resolución N° 4598/14, que regula la cobertura de Atención Domiciliaria Integral para los afiliados de este Instituto, con entrada en vigencia a partir del 1/04/15, que como Anexo Único formarán parte del acto administrativo a dictarse;

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

Por ello,

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

3544/15

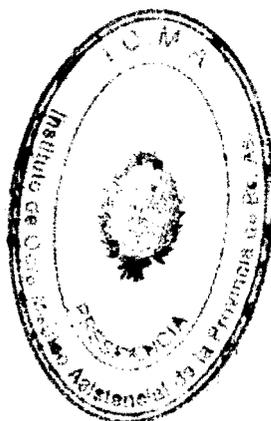
ARTICULO 1º. Aprobar la modificación de los Anexos II, III, IV, V y VI de la Resolución N° 4598/14, que regula la cobertura de Atención Domiciliaria Integral para los afiliados de este Instituto, con entrada en vigencia a partir del 1/04/15, que como Anexo Único formará parte de la presente Resolución, ello en virtud de los considerandos que anteceden.

ARTICULO 2. El gasto demandado será atendido con cargo a la partida: ENT 200, PRG 1, AES 1, Finalidad 3, Función 1, Principal 3, Subprincipal 4, Par 8, Fuente de Financiamiento .2, Presupuesto General Ejecutivo 2015 Ley N° 14.652.

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

RESOLUCION N°

3544/15




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

ANEXO II
DESCRIPCION DE LA COBERTURA

La prestación modulada de Atención Domiciliaria Integral del IOMA se basa en la complejidad clínica y estabilidad de funciones del paciente. Los módulos iniciales están destinados a situaciones de baja complejidad y mayor estabilidad de funciones, en tanto que los últimos módulos se disponen para cuadros con mayor complejidad y menor estabilidad de funciones del paciente.

La presente conformación de los módulos y submódulos de Atención Domiciliaria Integral así como su valorización contenida en el Anexo III de la presente norma, solo son aplicables a las empresas incorporadas en el Registro Único de Prestadores de Atención Domiciliaria del IOMA

MODULO 1: Baja complejidad

- Paciente en buen estado general, sin posibilidad de deambular, sin alteración de sus funciones vitales ni necesidad de control de las mismas, que ha sufrido un proceso agudo traumático o quirúrgico de baja complejidad, cuya secuela sea una herida abierta y requiera curaciones planas.
- Paciente con enfermedades crónicas (degenerativas y/o invalidantes) que por su fase avanzada (terminal) o por sus patologías concomitantes requieran de monitoreo médico especializado.
- Pacientes con escaras por decúbito Grado I a II
- Pacientes con úlceras vasculares Grado I a II

Aquellos pacientes con escaras por decúbito o úlceras vasculares Grados I y II entrarán en este módulo siempre que no tengan otra patología concomitante que defina por su complejidad su pertenencia a otro módulo más alto.

MODULO 2: Baja complejidad subaguda

- Paciente en buen estado general, sin posibilidad de deambular, sin alteración de sus funciones vitales ni necesidad de control de las mismas, pero con alguno de los siguientes procesos, sea infecciosos o no, que requieran el abordaje terapéutico de los mismos:
 - ✓ Procesos infeccioso potencialmente graves.
 - ✓ Fórmula farmacológica requerida que no esté disponible en otra presentación o vía de administración que no sea EV o IM.
 - ✓ Paciente con alguna patología digestiva que impida la administración de una fórmula farmacológica por VO.
- Pacientes con escaras por decúbito Grado III y IV.
- Pacientes con úlceras vasculares Grado III y IV.
- Pacientes con sonda vesical.

3544 / 15

Aquellos pacientes con escaras por decúbito o úlceras vasculares Grados III y IV entrarán en este módulo siempre que no tengan otra patología concomitante que defina por su complejidad su pertenencia a otro módulo más alto.

MODULO 3: Mediana Complejidad

- Paciente en **regular estado general**, sin posibilidad de deambular, con **sus funciones vitales inestables** y que por ende requieran de un control periódico de las mismas.

MODULO 4: Mediana complejidad subagudo

- Paciente en regular estado general, sin posibilidad de deambular, con sus funciones vitales inestables y que por ende requiera de un control periódico de las mismas, cursando un posoperatorio inmediato y/o evento agudo (estado subagudo) a punto de partida o no de su enfermedad crónica de base hasta su recuperación o hasta ingresar en su cronicidad.
- Paciente con patología crónica potencialmente inestable. (Ej. ELA)

MODULO 5: Alta complejidad sin sostén respiratorio mecánico

- Paciente en mal estado general, inestable, con cuadro clínico complejo, que requiera por su labilidad clínica y hemodinámica, de cuidados especializados permanentes.

MODULO 6: Alta complejidad con sostén respiratorio mecánico

- Paciente en mal estado general, inestable, con cuadro clínico complejo, que requiera asistencia permanente y sostén mecánico para mantener sus funciones vitales (Ej. Paciente en ARM)

MODULO 7: Pacientes neonatológicos pediátricos en ARM

Este módulo está destinado a pacientes neonatológicos pediátricos en asistencia respiratoria mecánica, que tengan el alta del establecimiento de II Nivel de Atención y que sus condiciones clínicas permitan iniciar un plan de abordaje domiciliario para el mantenimiento de las pautas terapéuticas impartidas durante su internación aguda.

OBSERVACIONES:

Las patologías mencionadas en el presente Anexo son a título ilustrativo para hacer referencia al tipo de paciente que corresponde para cada módulo según la complejidad del cuadro. Cualquier otro diagnóstico no mencionado aquí pero cuya situación clínica sea equivalente a alguna de las enunciadas, corresponde ingresarlas a esta modalidad prestacional y a su Módulo correspondiente según criterios de auditoría médica.

**3544 / 15**

ANEXO III
VALORIZACION DE LA PRESTACION

MODULO 1: Baja complejidad

MEDICO	1- 2 visitas/mes
ENFERMERÍA	1 visita/día
CUIDADOR DOMICILIARIO	2 - 4 hs/día
KINESIOLOGÍA	0 - 3 sesiones /semana
INSUMOS	<ul style="list-style-type: none"> • Antiséptico • Gasas • Vendas • Cinta • Guantes

VALOR DEL MODULO	\$ 13.200/ mes
------------------	----------------

MODULO 2: Baja complejidad subaguda

MEDICO	2 - 4 visitas/mes
ENFERMERÍA	1 - 2 visitas/día (*)
CUIDADOR DOMICILIARIO	4 - 6 hs/día
KINESIOLOGÍA	3 sesiones /semana
INSUMOS	<ul style="list-style-type: none"> • Antiséptico • Gasas • Vendas • Cinta • Guantes • Jeringas • Guías de suero • Unidades de suero

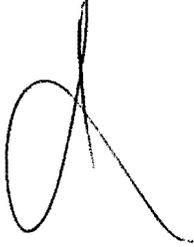
() Se podrán solicitar 2 - 4 visitas de enfermería por día solo en caso de tratamientos parenterales, según dosis por día y por el tiempo que dure el mismo.*

VALOR DEL MODULO	\$ 25.500/ mes
------------------	----------------

3544 / 15

MODULO 3: Mediana complejidad

MEDICO	4 visitas/mes
ENFERMERÍA	2 - 3 visitas/día
CUIDADOR DOMICILIARIO	6 - 8 hs/día
KINESIOLOGÍA	3 sesiones /semana
INSUMOS	<ul style="list-style-type: none"> • Antiséptico • Gasas • Vendas • Cinta • Guantes • Jeringas • Guías de suero • Unidades de suero



VALOR DEL MODULO	\$ 32.600/ mes
------------------	----------------

MODULO 4: Mediana complejidad subaguda

MEDICO	4 visitas/mes (1/semana)
ENFERMERÍA	3 - 4 visitas/día
CUIDADOR DOMICILIARIO	12 hs/día
KINESIOLOGÍA	6 - 12 sesiones /semana
INSUMOS	<ul style="list-style-type: none"> • Antiséptico • Gasas • Vendas • Cinta • Guantes • Jeringas • Guías de suero • Unidades de suero

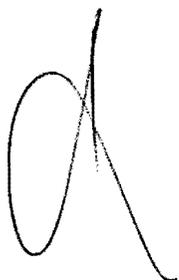
VALOR DEL MODULO	\$ 41.000/ mes
------------------	----------------



3544 / 15

MODULO 5: Alta complejidad sin sostén respiratorio mecánico.

MEDICO	Asistencia médica integral
ENFERMERÍA	12 hs/día
CUIDADOR DOMICILIARIO	12 hs/día
KINESIOLOGÍA	6 - 12 sesiones /semana
INSUMOS	<ul style="list-style-type: none"> • Antiséptico • Gasas • Vendas • Cinta • Guantes • Jeringas • Guías de suero • Unidades de suero
VALOR DEL MODULO	\$ 50.000/ mes



MODULO 6: Alta complejidad con sostén respiratorio mecánico.

MEDICO	Asistencia médica integral
ENFERMERÍA	24 hs/día
KINESIOLOGÍA	12 - 20 sesiones /semana
INSUMOS	<ul style="list-style-type: none"> • Antiséptico • Gasas • Vendas • Cinta • Guantes • Jeringas • Guías de suero • Unidades de suero
VALOR DEL MODULO	\$ 62.000/ mes

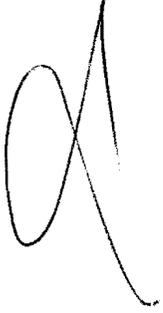
() Este Módulo admite la compatibilidad sólo con los Submódulos "C" y "D" de Asistencia Respiratoria.*



3544 / 15

MODULO 7: Pacientes neonatológicos pediátricos en ARM

MEDICO COORDINADOR Y ESPECIALISTAS	Asistencia médica integral
ENFERMERÍA PEDIÁTRICA	24 hs/día
KINESIOLOGÍA RESPIRATORIA	7 sesiones /semana
INSUMOS <i>No incluye Aparatología ni Respirador</i>	<ul style="list-style-type: none">• Antiséptico• Gasas• Vendas• Cinta• Guantes• Jeringas• Guías de suero• Unidades de suero
VALOR DEL MODULO	\$ 77.600/ mes



3544 / 15

SUBMODULOS

SUBMODULO	DESCRIPCION		VALOR
FONOAUDIOLOGIA	3 - 5 sesiones/semana		\$ 2.600
TERAPIA OCUPACIONAL	3 - 5 sesiones/semana		\$ 2.600
PSICOLOGIA	1 sesión/semana		\$ 985
EQUIPAMIENTO	Alquiler Mensual, incluye logística de traslados, reparación o reposición	Silla de ruedas Colchón antiescara Cama ortopédica Mesa auxiliar Muletas Bastón Andador	\$ 3.000
SOPORTE NUTRICIONAL	A) PEDIATRICO	Sin bomba	\$ 8.750
		Con bomba	\$ 9.400
	B) ADULTOS	Sin bomba	\$ 9.400
		Con bomba	\$ 10.700
ASISTENCIA RESPIRATORIA	A) CUADRO RESPIRATORIO NO OXIGENADO CON MAL MANEJO DE SECRECIONES	Incluye además Nebulizador aspirador Oxímetro	\$ 5.346
	B) OXIGENO REQUIRIENTE/DEPENDIENTE	Incluye además Nebulizador aspirador Oxímetro Tubo oxígeno y 2 cargas Mochila de oxígeno Concentrador (opcional)	\$ 10.681
	C) TRAQUEOSTOMIZADO	Incluye además Nebulizador aspirador Oxímetro Aspirador manual Tubo de oxígeno y dos cargas Calentador Filtros de traqueostomía 60 u Cánulas 4 u Sondas Foley 4 u Concentrador (opcional)	\$ 22.000
	D) CON RESPIRADOR	Incluye además Respirador Tubo y 6 cargas B pap Oxímetro Monitor de apneas Nebulizador aspirador Aspirador manual	\$ 29.000

3544/15

ANEXO IV
NORMAS OPERATIVAS

ACCESO DEL AFILIADO A LA COBERTURA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL DEL IOMA:

1. El profesional responsable de la solicitud de Atención Domiciliaria deberá completar la **PLANILLA DE SOLICITUD** que a tal fin contiene el Anexo VI de la presente norma, y que incluye el resumen de historia clínica y tareas que deberían desarrollar los distintos profesionales que acudan al domicilio.

El profesional prescriptor de la Atención Domiciliaria Integral será el médico tratante del paciente. No serán autorizadas las solicitudes indicadas por profesionales pertenecientes al servicio efector que brindará la prestación. A tal fin, todas las empresas contenidas en el Registro de Prestadores de Atención Domiciliaria Integral del IOMA presentarán ante la Dirección de Programas Específicos, cada cuatro meses, el staff médico de la empresa mediante Declaración Jurada firmada por el titular de la misma.

2. El afiliado que solicite la cobertura de Atención Domiciliaria Integral, ya sea un alta o una renovación del pedido, acreditará en su Delegación correspondiente su identificación como beneficiario del IOMA, con:
 - Carnet de afiliado directo y familiar a cargo (Afiliado Obligatorio)
 - Documento de Identidad del afiliado directo y familiar a cargo
 - Ultimo recibo de haberes (Af. Obligatorio) y/o comprobante de pago (Af. Voluntario)

El inicio del trámite de solicitud de la prestación, estará a cargo del familiar del afiliado o representante autorizado por el mismo. En la Delegación se le brindarán las planillas a completar para la solicitud de la prestación y el listado de empresas contenidas en el Registro de Prestadores de Atención Domiciliaria del IOMA.

3. El prestador, en base a la evaluación del paciente y al contenido de la Planilla de Solicitud del médico prescriptor, completará la Planilla de Evaluación y Propuesta de Atención Domiciliaria, donde consignará el Módulo de IOMA más apropiado a brindar según el cuadro clínico del paciente.

4. La Delegación de IOMA elevará la solicitud mediante el trámite de excepción una vez aportada toda la documentación. El mismo contendrá:

- La **documentación identificatoria y afiliatoria** del paciente.
- **PLANILLA DE SOLICITUD** del médico prescriptor del afiliado.
- **PLANILLA DE EVALUACIÓN Y PROPUESTA** de Atención Domiciliaria confeccionada por el médico de la empresas que brindará el servicio.
- **Estudios complementarios** u otra documentación médica que aporte el médico prescriptor en la solicitud.

3544/15

- **Declaración Jurada** con copia del DNI, firmada por el familiar o tutor que inicie el trámite, donde declara conocer los alcances de la cobertura y se responsabiliza de la solicitud presentada.
 - **Copia del Acta anterior** del IOMA en caso de solicitudes de renovación del servicio.
 - Informe de la **auditoría médica Regional**.
5. El Sector de Atención Domiciliaria Integral de la Dirección de Programas Específicos a través de su auditoría especializada central, luego de su evaluación y, con los correspondientes fundamentos, procederá a la autorización, observación o denegatoria de la solicitud ingresada. Asimismo y de ser necesario, realizará auditoría en terreno a los fines de completar algún aspecto de dicha evaluación.
6. Posterior a la evaluación de la solicitud, la Dirección de Programas Específicos emitirá un Acta con el dictamen de la auditoría médica, cuya copia será entregada al referente de cada Dirección Regional, a los fines de la correspondiente comunicación al afiliado.
7. En caso de necesidad de traslados de urgencia y/o emergencia del afiliado, el mismo lo realizará la Empresa de Atención Domiciliaria Integral, atento a los requisitos vigentes para las empresas con convenio con este IOMA. El resto de traslados programados (consultas médicas, interconsultas, estudios de alta complejidad, controles posquirúrgicos) serán solicitados por el afiliado a través de su Delegación correspondiente y auditados posteriormente en el Área de Atención Domiciliaria Integral del IOMA.

RESPONSABILIDADES DEL AFILIADO

- La cobertura de Atención Domiciliaria Integral del IOMA requiere que en el domicilio del paciente estén garantizadas las condiciones mínimas para el buen desenvolvimiento de los profesionales y el buen funcionamiento de la aparatología e insumos que requiere la prestación, tales como condiciones de higiene, suministro de energía, etc.
- La prestación del servicio de Atención Domiciliaria Integral del IOMA requiere de la correcta contención familiar del paciente. Este rol a cargo del familiar o persona a cargo es indelegable en ningún miembro del servicio de Atención Domiciliaria. Asimismo no es viable la prestación del servicio en afiliados que viven solos.
- El IOMA no autorizará la cobertura en aquellos domicilios donde no estén dadas las condiciones familiares y de habitabilidad mínimas que garanticen la normal prestación del servicio.
- El IOMA interrumpirá aquella cobertura de Atención Domiciliaria donde se comprueben irregularidades con el paciente o familiares del mismo, que impidan el normal funcionamiento de la prestación.
- Las denuncias del afiliado o familiares acerca de incumplimientos por parte del servicio de Atención Domiciliaria, deberán ser formuladas por escrito y con firma del denunciante.

ANEXO V
NORMAS DE FACTURACIÓN

Requisitos para la presentación de la documentación

- A. Toda la documentación deberá encontrarse foliada correlativamente.
- B. Factura tipo B ó C, según corresponda, a nombre de IOMA, por triplicado firmada y sellada por el prestador en original los tres (tres) formularios.
 - El titular de la factura deberá ser la persona física o jurídica que sea prestador del IOMA

El valor del monto total se facturará discriminado en tres facturas según sean Afiliados Obligatorios, Afiliados Voluntarios Individuales, y Afiliados Voluntarios Colectivos:

- Afiliados Obligatorios: su N° de Carnet de IOMA comienza con un número.
- Afiliados Voluntarios Individuales: su N° de Carnet comienza con la letra A a la J inclusive.
- Afiliados Voluntarios Colectivos: su N° de Carnet comienza con la letra K a la Z



Contenido de la factura:

- Membrete preimpreso identificatorio del emisor.
 - Domicilio.
 - Número de CUIT.
 - Factura a nombre, domicilio y datos contables de I.O.M.A
 - Concepto general de la prestación brindada
 - Cantidad de afiliados que se está facturando
 - Período facturado.
 - Monto total en números y letras.
 - Código del establecimiento.
 - Cantidad de folios.
- C. Resumen mensual de facturación por triplicado, firmado y sellado en original los tres resúmenes. Dicho resumen contendrá: listado de afiliados presentados, con Nombre, Apellido, Nro. de Afiliado, períodos, y montos parciales y totales



Contenido del resumen mensual de facturación:

- Número de pacientes con cobertura
- Nomina de los afiliados facturados en ese mes
- N° de beneficiario de IOMA
- Descripción de los módulos otorgados
- Importe parcial y total por afiliado.

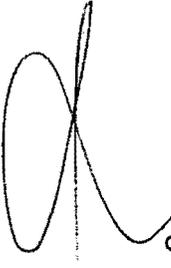
3544/15

D. Documentación individual:

1. **PLANILLA DE ASISTENCIA:** El resumen mensual y la factura B o C a nombre de IOMA deberá acompañarse de la **PLANILLA DE ASISTENCIA** por cada paciente, con la correspondiente conformidad del afiliado o familiar en original detallando en forma mensual las prestaciones recibidas por parte de los profesionales actuantes.
2. **ACTA DE AUTORIZACIÓN ORIGINAL** emitida por el IOMA: Se presentará para el primer mes del período otorgado, y copias de la misma en los meses subsiguientes.

Plazo de presentación

1. La facturación será recepcionada en este IOMA del **01 al 10** de cada mes, y a mes vencido de la prestación brindada.
2. Cada factura contendrá solo un mes determinado de cobertura; los días de prestación correspondientes a meses ajenos al que se está facturando se incluirán en una factura aparte. El mes de cobertura citado se refiere a **MES CALENDARIO**, no a mes prestacional.



El plazo máximo de vencimiento de presentación de facturación será a los noventa días de efectuada la prestación.

Toda presentación que supere dicho lapso de tiempo, no podrá ser facturada, y será devuelta al prestador.



A los fines operativos de contar desde este IOMA con un mapa actualizado de disponibilidad de servicios de Atención Domiciliaria Integral en la Provincia de Buenos Aires, se solicitará cada cuatro meses junto con la facturación a las empresas contenidas en el Registro de Prestadores, una Declaración Jurada con la zona geográfica donde las mismas brindan cobertura.

3544 / 15