

**Provincia de Buenos Aires**  
**INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL**  
**IOMA**  
**Resolución 211/07**

La Plata, 12 de marzo de 2007.

POR 1 DIA.- El H. Directorio del Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires por Resolución N° 211/07, resuelve que: visto el expediente N° 2914-11745/06, iniciado por la Dirección de Programas Específicos, Caratulado: "Eleva propuesta de modificación de la Resolución N° 2396/05, la cual se refiere a afiliados con discapacidades mentales, sensoriales, motoras y múltiples, concurrentes a centros de día, centros educativos terapéuticos, hogares, y hogares con centro de día o centro educativo terapéutico.-", y

**CONSIDERANDO:**

Que a fojas 45, la Dirección de Programas Específicos eleva a la Dirección General de Prestaciones, una propuesta de modificación de la metodología del otorgamiento a los afiliados a esta Obra Social, relacionada con las prestaciones que brindan los Centros de Día, Centros Educativos Terapéuticos y Hogares, con motivo de la desactualización de la normativa actual, propiciándose su entrada en vigencia a partir del día 1° de enero de 2007;

Que en el marco propuesto, la Dirección aludida entiende que resultaría conveniente sustituir las Resoluciones que regulan estas prestaciones (a saber: Resoluciones N° 2396/05 y 867/06);

Que a los fines hasta aquí mencionados, la citada Dirección elaboró un plan para el acceso a las referidas prestaciones, así como también los diversos Anexos por los que se contemplan las normas operativas, las modalidades prestacionales, los valores de los módulos y de las prácticas, y los circuitos administrativos para su autorización en Centros con convenio y sin convenio;

Que la propuesta en análisis encuentra sustento en lo normado por la Resolución N° 1252/05, por la que se aprobara la propuesta genérica de la Dirección General de Prestaciones tendiente a reservar la intervención del Órgano Superior de este Instituto para aquellas cuestiones que efectivamente lo justifiquen, disminuir los tiempos de respuesta al afiliado, evitar el ingreso al Directorio de trámites cuya cobertura se encuentre prevista en Resoluciones de carácter general, encomendar a las distintas Direcciones dependientes de la Dirección General de Prestaciones, las autorizaciones que deriven de la aplicación de Resoluciones vigentes emanadas del Honorable Directorio, así como también unificar el criterio de la auditoría médica en las distintas instancias;

Que asimismo entre las acciones previstas y a implementar, se encuentra la de adecuar el ingreso de los temas prestacionales que deben ser tratados por el Honorable Directorio con un recurso humano calificado y afectado al cumplimiento de sus fines específicos, reagrupar el actual, conforme a las necesidades de las diversas áreas prestacionales, realizar la revisión de las distintas Resoluciones –a fin de evaluar la vigencia de sus niveles de cobertura y efectuar las correcciones pertinentes-, delegar en las distintas Direcciones, la autorización de los trámites que se encuentren regidos por marcos normativos vigentes, y normalizar aquellas prestaciones que por su habitualidad han dejado de constituir una situación de excepción;

Que a fojas 71 interviene la Dirección General de Prestaciones, la que no formuló observación u objeción alguna en relación a la propuesta en cuestión;

Que a fojas 74 interviene la Dirección General de Administración, destacando que el proyecto en análisis contempla las prestaciones de hogar en sus diferentes asociaciones -Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico o Escuela Especial-, en todos los casos incorporando la posibilidad de cobertura de la modalidad de alto grado de dependencia (AGD);

Que por otro lado la Dirección antes nombrada estima que la vigencia de las modificaciones debería contemplarse a partir del 1° de enero del año 2007;

Que por lo precedentemente expuesto, la Dirección en cuestión informa que a raíz de los cálculos efectuados con el objeto de medir el impacto presupuestario que demandará la implementación de la presente -cálculos que obran detallados en sendos informes que adjunta a fojas 72 y 73-, se hubo arribado a un incremento mensual de pesos quinientos cincuenta y seis mil ciento cuarenta y siete noventa centavos (\$ 556.147,90) mensuales, el que resulta factible asumir desde las posibilidades presupuestarias y financieras de este IOMA;

Que posteriormente toma intervención la Dirección de Relaciones Jurídicas, la que expresa que no existen objeciones u observaciones que formular desde el punto de vista de su competencia, ello en miras a posibilitar por parte del Honorable Directorio de este Instituto, el análisis de las presentes actuaciones, así como también la revocación de las Resoluciones N° 2396/05 y 867/06, dictando en sustitución de las mismas, un nuevo acto administrativo con los alcances consignados en la propuesta obrante a fojas 46/69, por medio del cual se delegue en el Director de la Dirección de Programas Específicos, la facultad de autorizar o denegar en forma fundada las prácticas incluídas en la propuesta en análisis;

Que el Honorable Directorio en pleno, en su reunión de fecha 28/02/07, según consta en Acta N° 9,

Resolvió: Derogar las Resoluciones N° 2396/05 y 867/06, y aprobar el dictado de un nuevo acto administrativo, con los alcances establecidos en el proyecto elaborado por la Dirección de Programas Específicos a fojas 46/69 del presente, estableciéndose la entrada en vigencia del mismo a partir del 1° de enero de 2007;

Que la presente medida se dicta en uso de las atribuciones conferidas por el artículo 7 inciso g) del Decreto ley N° 6982 (T.O. 1987).

Por ello;

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

ARTICULO 1° Derogar las Resoluciones N° 2396/05 y 867/06, las que serán sustituidas por la presente – que consta de seis Anexos, los que formarán parte integrante de la misma-, estableciéndose la entrada en vigencia a partir del 1° de enero de 2007. Ello, en virtud de los considerandos que anteceden.

ARTICULO 2° Reconocer la cobertura de las prácticas que se incluyen en el Anexo 5, de conformidad con los valores de los módulos que allí se contemplan.

ARTICULO 3° Aprobar los requisitos de ingreso en las distintas modalidades prestacionales indicadas en los capítulos integrantes del Anexo 2.

ARTICULO 4° Valorizar la cobertura del traslado del afiliado desde su domicilio hasta los Centros de Día y Centros Educativos Terapéuticos y su regreso, incluido en los Módulos respectivos de los convenios actualmente vigentes, hasta un máximo de veinte –20- kilómetros diarios, conforme los valores contemplados en el Anexo 5 de la presente.

ARTICULO 5° Reconocer la cobertura del traslado del afiliado desde su domicilio hasta los Centros de Día y Centros Educativos Terapéuticos que no posean convenio con este IOMA y su regreso, hasta un máximo de veinte –20- kilómetros diarios, a razón de la suma de pesos trescientos dos con cuarenta centavos (\$ 302,40) mensuales, o pesos catorce (\$14) diarios, conforme los valores contemplados en el Anexo 5, previo cumplimiento de los requisitos generales indicados en el Anexo 2 de la presente.

ARTICULO 6° Aprobar los circuitos de autorización de las prácticas contempladas en el Anexo 6 que forma parte integrante de la presente.

ARTICULO 7° Delegar en el Director de la Dirección de Programas Específicos la facultad de autorizar o denegar en forma fundada las prácticas previstas en los diversos Anexos que integran la presente, así como la de disponer las sucesivas renovaciones o prórrogas de las mismas.

ARTICULO 8°. Registrar. Notificar a FABA, Agronomía Médica Platense, Agronomía Médica de Ensenada, FEMEBA, FEMECON, Círculo Médico de Balcarce, Centro Médico de Mar del Plata, Círculo Médico de Tandil, Círculo Médico de Trenque Lauquen. Pasar a las Direcciones Generales y demás Direcciones intervinientes del Instituto, para su conocimiento. Publicar, dar al Boletín Oficial y al SINBA. Cumplido, archivar.

**Lic. Alberto Javier Mazza**  
Presidente I.O.M.A.

**ANEXO I  
MODALIDADES**

I.A. CENTRO DE DIA.

I.B. CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO.

I.C. HOGAR

I.C.1. HOGAR ASOCIADO A CENTRO DE DIA.

I.C.2. HOGAR ASOCIADO A CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO.

I.C.3. HOGAR ASOCIADO A ESCUELA ESPECIAL.

**ANEXO II  
REQUISITOS DE INGRESO**

II.A. REQUISITOS DE INGRESO PARA CENTRO DE DIA O CET.

II.B. REQUISITOS DE INGRESO PARA HOGAR Y SUS VARIANTES.

**ANEXO III  
MODULO DE ALTO GRADO DE DEPENDENCIA**

III.A. PATOLOGIAS INCLUIDAS EN EL MODULO.

III.B. REQUISITOS PARA LAS INSTITUCIONES  
III.C PLANILLAS DE EVALUACION.

#### **ANEXO IV MODULO DE ACOMPAÑAMIENTO TERAPEUTICO.**

IV.A. FUNDAMENTACION.  
IV.B. BENEFICIARIOS.  
IV.C. FUNCIONES DEL ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO.  
IV.D. PERFIL DEL PROFESIONAL.  
IV.E. REQUISITOS.  
IV.F. VALORIZACION DEL MODULO.

#### **ANEXO V VALORES DE COBERTURA.**

V.A MONTOS PARA INSTITUCIONES CON CONVENIO.  
V.B. MONTOS PARA HOGARES E INSTITUCIONES SIN CONVENIO.

#### **ANEXO VI CIRCUITO DE AUTORIZACION MODALIDADES**

##### **I.A. CENTRO DE DIA**

El Centro de Día es una institución destinada a recibir a jóvenes y/o adultos discapacitados severos y profundos, en situación de dependencia, egresados de la escuela especial, sin posibilidades de acceder al sistema laboral protegido; y/o a niños que por las características de su discapacidad no pueden acceder a las currículas contempladas en el área de Educación Especial.

Acceden al Centro de Día:

1. Discapacitados mentales severos y profundos cumplida la escolaridad y que no pueden acceder al trabajo protegido.
2. Severos discapacitados motores que no pueden acceder al sistema educativo ni laboral.
3. Discapacitados sensoriales y viscerales que por sus desventajas requieren para su integración e independencia, actividades no sistemáticas.

Edad: sin límite

Patologías: Discapacidades mentales y motoras severas y profundas, psicóticos y autistas; déficit múltiples, enfermedades heredo degenerativas, lesionados cerebrales, severos trastornos de la personalidad.

Carga horaria: 4 y 8 horas diarias ( $\frac{1}{4}$  y  $\frac{1}{2}$  pupilo respectivamente).

##### **I.B. CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO**

El CET es un servicio para personas con discapacidad que tiene como objeto incorporar conocimientos, aprendizajes y caracteres educativos a través de enfoques, metodología y técnicas de índole terapéutica. Este servicio está destinado a niños y jóvenes cuya discapacidad no les permite ingresar a un sistema de educación sistemático, pero necesitan este tipo de atención para realizar un proceso educativo acorde a sus necesidades.

Edad: sin límite

Patologías: Discapacitados múltiples; severos trastornos de la personalidad, sordos con discapacidad agregada, ciegos con discapacidad agregada, discapacitados mentales severos que no evidencien progreso en la educación sistemática pero que poseen potencial educable.

Carga horaria 4 y 8 hs. diarias ( $\frac{1}{4}$  y  $\frac{1}{2}$  pupilo respectivamente).

Extensión Horaria

Aquellos Afiliados que están concurriendo a una Centro de Día o Centro Educativo Terapéutico, y que por diversas razones derivadas de su discapacidad, entorno familiar o situación socio ambiental, requieran permanecer en la Institución por más horas que la Jornada Completa autorizada inicialmente por este IOMA, éste o el familiar del mismo podrá solicitar al Área Educativo Terapéutica de la Dirección, una extensión horaria de su cobertura.

El fundamento de esta variante a contemplar por la auditoría, se sustenta en que evita la internación en Hogar en forma precoz de un Afiliado sin criterios suficientes para esa modalidad.

Acompañado a tal solicitud, el equipo de trabajo de la Institución deberá presentar las razones que justifiquen la extensión horaria y las actividades a desarrollar por el Afiliado durante la misma.

La cobertura tendrá un valor de \$2,00 /hora, con un máximo de Lunes a Viernes, de cuatro horas por día.

## **I.C. HOGAR**

Se entiende por Hogar al recurso institucional destinado a cubrir los requerimientos de vivienda, alimentación, recreación y atención especializada (la que deberá ser suministrada por personal idóneo y capacitado a tales efectos) de aquellas personas con discapacidad que presentan un nivel de autovalimiento e independencia que requiere acompañamiento, supervisión y asistencia sólo en algunos aspectos de sus Actividades de la Vida Diaria y que complementan la atención con otro servicio exterior (Taller protegido, mercado laboral, etc.) o aquellos que por su alto grado de discapacidad y bajo nivel de autovalimiento necesiten de asistencia especializada permanente y carezcan de capacidad remanente para acceder a otras instancias educativas y/o terapéuticas.

Edad: sin límite.

Patologías: mentales, sensoriales, motoras y múltiples. Quedan expresamente excluidas de este programa todas las modalidades de atención gerontológicas y/o destinadas a pacientes geriátricos.

La evaluación de auditoría especializada deberá contar con informe previo del Departamento de Asistentes Sociales.

### **HOGARES ASOCIADOS:**

Se entiende por Hogar Asociado a aquellos establecimientos que articulan dos modalidades simultáneas, la prestación de base que atiende el desarrollo de capacidades y nuevas aptitudes para la mejor realización social en el horario correspondiente y además el Hogar que brinda las prestaciones básicas de hábitat del beneficiario carente de contención familiar.

El Área Educativa Terapéutica del departamento de Discapacidad del IOMA evaluará la correspondencia del servicio asociado al hogar.

#### **I.C.1. Hogar Asociado a Centro de Día.**

Es el servicio destinado al niño, joven o adulto con discapacidad severa o profunda, con el objeto de posibilitar el más adecuado desempeño en su vida cotidiana. El tipo de discapacidad atendida puede ser mental y/o motriz, pero en todos los casos el nivel de la misma será severo o profundo o puede tratarse también de personas multidiscapacitadas.

Aquellos Afiliados que sean derivados desde un Centro de Día o Centro Educativo Terapéutico, a una modalidad de Hogar, y que presenten por su discapacidad, trastornos de adaptación y conducta que retrasen su integración normal en el nuevo grupo, podrán recibir cobertura de Hogar Básico en la nueva Institución y cobertura de Centro de Día o CET en la anterior. Esta variante, previa justificación médica presentada por el equipo tratante, así como el plan de trabajo a desarrollar en el Centro de Día o Centro Educativo Terapéutico, será contemplada por la Auditoría por un período de seis meses, con opción a un año como máximo.

#### **I.C.2 Hogar Asociado a Centro Educativo Terapéutico.**

Se entiende por Centro Educativo Terapéutico a aquel que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo a través de abordajes, metodologías y técnicas de carácter terapéutico.

El mismo está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad no les permita acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades. Fundamentalmente se benefician del mismo personas con discapacidad mental (psicóticos-autistas) lesionados neurológicos, paralíticos cerebrales, multidiscapacitados, etc. es decir, todos aquellos discapacitados que tienen trastornos en la comunicación, en la percepción o en la afectividad y no pueden incorporar conocimientos y aprendizajes sin un personalizado encuadre terapéutico.

#### **I.C.3 Hogar Asociado a Escuela Especial.**

Esta variante de Hogar está destinada a aquellos Afiliados que por estar imposibilitados de trasladarse, o por no contar con un entorno socio ambiental adecuado, se encuentran bajo una modalidad de Hogar, pero que aún así conservan un potencial de aprendizaje acorde para recibir una prestación de Escuela Especial o viceversa.

Esta prestación podrán brindarla Hogares que además cuenten con la habilitación de Escuela Especial. Al igual que el Hogar Asociado a Centro Educativo Terapéutico, esta variante jerarquiza la labor de las Instituciones orientadas a las disciplinas educativas, que trabajan sobre el potencial de aprendizaje del individuo, apuntando a su autovalimiento y a una reinserción social más temprana.

## **ANEXO II REQUISITOS DE INGRESO**

## **II.A. REQUISITOS DE INGRESO EN CENTRO DE DIA O CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO.**

- \* Derivación Médica.
- \* Certificado de Discapacidad, emitido por organismo oficial.
- \* Baja escolar (para alta en Centro de Día), o Informe del equipo de la Escuela Especial (para alta en CET).
- \* Informe de admisión del Centro con plan de tratamiento y presupuesto.

## **II.B Requisitos de INGRESO en Hogar Y SUS VARIANTES:**

- \* Nota del familiar o responsable legal solicitando el presente pedido.
- \* Derivación Médica.
- \* Certificado de Discapacidad, emitido por organismo oficial.
- \* Informe del Hogar con plan de tratamiento y presupuesto.

Será requisito indispensable para las instituciones contar con la habilitación del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires correspondiente a la Reglamentación de Establecimiento destinados a la atención de personas con discapacidad por cada modalidad prestacional brindada. ( Decreto 3020/02 y toda otra norma que la modifique o la sustituya).

El ingreso y el tiempo de permanencia en la modalidad hogar serán específicamente determinados por la instancia técnica profesional del Departamento 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 en el tiempo de permanencia, o un déficit en la calidad prestacional, la Dirección de Programas Específicos, a través de sus instancias Técnico Profesionales, podrá arbitrar los medios para la reubicación del afiliado en la modalidad, o alternativa que corresponda.

Todos aquellos casos no contemplados directamente en la presente resolución requerirán de la intervención de las instancias técnico profesionales competentes: Departamento de Asistentes Sociales y Area Educativo Terapéutica del Departamento de Discapacidad y su resolución quedará a criterio del Honorable Directorio.

## **ANEXO III MODULO ALTO GRADO DE DEPENDENCIA**

### **III.A PATOLOGIAS INCLUIDAS EN EL MODULO.**

- \* Pacientes que presentan graves cuadros motores puros muy severos que requieren continua asistencia por su alto grado de minusvalía física con dependencia total en la complejidad de su discapacidad.
- \* Pacientes con patologías mentales severas y profundas, asociadas con graves cuadros motores, también generadores de un alto grado de minusvalía psicofísica.
- \* Pacientes con patologías mentales severas y profundas, que habiendo recibido un tratamiento psicofarmacológico adecuado, orientado a mejorar su grado de conexión al medio y a su socialización, no logran niveles funcionales aceptables en dichos objetivos, presentando además, episodios de auto y hetero agresividad que requieren una atención personalizada continua, con un acompañamiento terapéutico que garantice su integridad y la de terceros.
- \* Quedan excluidos de esta normativa los pacientes adultos, con patologías adquiridas, que incluyen cuadros neurológicos con secuelas motoras y afectación de funciones cerebrales superiores, que no tienen potencial rehabilitable. Dicha población es distinta en cuanto a sus necesidades y objetivos a lograr, y se encuadra dentro del Programa de Sostén y Mantenimiento.

### **III.B. REQUISITOS PARA LAS INSTITUCIONES QUE BRINDEN EL MODULO DE ALTO GRADO DE DEPENDENCIA**

- \* Cubrir la modalidad de Centro de Día y/u Hogar con Centro de Día.
- \* Asistencia del Personal: estará a cargo de orientadores (orientadores, preceptores, con título de auxiliar de enfermería). Con una distribución de uno por cada tres concurrentes

severos, profundos y/o múltiples contando con la presencia de profesores especializados para la coordinación (uno por turno)

\* Contar con la habilitación del ente habilitador respectivo o autoridad de contralor (Ministerio de Salud), como centro de rehabilitación para discapacitados.

\* En todos los casos, las Instituciones que soliciten el ingreso de pacientes a este Módulo, deberán presentar las planillas de evaluación correspondientes a los fines de que la Auditoría Médica determine la necesidad de una cobertura de Alto Grado de Dependencia.

1. Evaluación Fisiátrica Funcional.
2. Planilla de Evaluación Neuro Psicológica.
3. Planilla de Evaluación Funcional para Alto Grado de Dependencia.
4. Planilla de Hogar Asociado, en caso de solicitar esa modalidad.

### III.C. PLANILLAS DE EVALUACION

#### MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL PARA ALTO GRADO DE DEPENDENCIA

Dirección de Programas  
Especiales

##### DATOS PERSONALES

Apellido y nombre.

\_\_\_\_\_

Nº de Afiliado.

\_\_\_\_\_

Ldad.

\_\_\_\_\_

Degradados.

\_\_\_\_\_

##### INSTITUCION

MODALIDAD    Centro de Día  JS    C.E.T.  JS    Hogar

1) Esta planilla deberá ser completada por profesionales Médicos de la Institución, especialistas en Neurología y/o Neurocirugía en caso de haberse da parálisis motora pura, y Médico especialista en psiquiatría en caso de parálisis motora pura.

2) En aquellos casos que completen parálisis motora, los datos deberán ser verificados en conjunto por los especialistas mencionados anteriormente, haciendo las especificaciones que correspondan.

3) Los datos a completar en las planillas serán colijidos con el área Clínica evaluadora y analizadas. Lo que deberá ser presentado conjuntamente con los mismos y sumado a la evaluación por parte de la Auditoría Médica que determinará en caso de ser necesario, la realización de Auditoría en Terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica in situ y así confirmar o denegar la necesidad de ingreso al Módulo solicitado.

4) Las firmas que consten en el presente cuestionario serán sujetas a modificaciones en función de las modificaciones que surjan a partir de su implementación. Los datos verbales serán conferidos de manera formal y deberán ser acompañados por estas firmas, motivadas y respaldadas de los profesionales intervinientes.

5) El grado de dependencia no necesariamente coincide al perfil para el Alto Grado de Dependencia. Es el nivel de complejidad de la discapacidad y de la asistencia el que lo determina.

6) Las áreas de apoyo serán a los pacientes así como también, así como algunas patologías motoras.

7) Será requisito obligatorio para la evaluación, el puntaje de 7 a 7 otorgado por el Profesional en la Tabla de Puntuación FMA, a la cual la Institución podrá agregar una descripción más detallada acerca de la dependencia del Afiliado en cada uno de sus ítems.

TABLA DE PUNTAJACION DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL.

INDEPENDIENTE		PUNTAJE
Independencia total		7
Independencia con adaptación.		6
DEPENDIENTE		PUNTAJE
Solo requiere supervisión. No se toca al paciente.		5
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% o más.		4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más.		3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más.		2
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%.		1

  

ITE	ACTIVIDAD	PUNTAJE
M	AUTOCUIDADO	
1	ALIMENTACIÓN.	
2	ASEO PERSONAL.	
3	BANIO.	
4	VESTIDO PARTE SUPERIOR.	
5	VESTIDO PARTE INFERIOR.	
6	USO DEL BAÑO.	
7	CONTROL DE DEFECACIONES.	
8	CONTROL DE INTENTINOS.	
9	CONTROL DE URUGIA.	
10	TRANSFERENCIAS.	
9	TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS.	
10	TRANSFERENCIA AL FIANCO.	
11	TRANSFERENCIA A LA ELICHA Y RAQUETA.	
12	LUCUMEXION.	
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS.	
13	ESCALERAS.	
14	COMUNICACION.	
14	COMPENSIÓN.	
15	EXPRESION.	
16	CONEXION.	
16	INTERRACION SOCIAL.	
17	IN-NO USION DE-PRRESIMAS.	
18	MEMORIA.	
PUNTAJE TOTAL.		

\* Es el grado de asistencia que se requiere para el paciente, o bien se necesitan las ayudas de adaptación de un i.

DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES

**1 ALIMENTACION.**

Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especificar grado de supervisión o asistencia necesarias para la alimentación del paciente y que medidas se han tomado para suya y bienestar.


**2. ASEO PERSONAL.**

Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o rasquilarse, y lavarse los dientes. Indique las características de esta actividad. ¿Es necesario la supervisión y participación de los elementos de higiene?


**3. HIGIENE.**

Implica aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de persona en cama. Indique si el baño corporal requiere supervisión o asistencia, y el grado de participación del paciente.


**4. VESTIDO PARTE SUPERIOR.**

Implica vestirse desde la cintura hacia arriba así como colocar aretes y prótesis. Características de la dependencia.


**5. VESTIDO PARTE INFERIOR.**

Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye su uso adecuado, ajustarse y colocar aretes y prótesis. Características de la dependencia.


**6. USO DEL BAÑO.**

Implica mantener la higiene personal y quitar las ropas antes y después del uso del baño o ducha.


**7. CONTROL DE INTERESTIDOS.**

Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal, y el uso de equipo o ayudas necesarias para la evacuación. Ejercer el control y liberar con la Oculista. Ejercer el control.

---

---

---

---

**8. CONTROL DE VEJIGA.**

Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical, y el uso de equipos o ayudas necesarias para la evacuación, como sondas o dispositivos absorbentes, incontinencia.

---

---

---

---

**9. TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA, O SILLA DE RUEDAS.**

Implica pasarse hacia una cama, silla, silla de ruedas, y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de sí. Grado de participación del paciente.

---

---

---

---

**10. TRANSFERENCIA AL BAÑO.**

Implica entrar y salir del inodoro. Grado de participación del paciente.

---

---

---

---

**11. TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA.**

Implica entrar y salir de a bañera o ducha.

---

---

---

---

**12. MARCHA/ SILLA DE RUEDAS.**

Implica caminar sobre una superficie lisa una vez que está en ella o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar.

---

---

---

---

**13. ESCALERAS.**

Implica subir y bajar escaleras.

---

---

---

---

**14. COMPRENSION.**

Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej. escritura, gestos, signos, etc.

---

---

---

---

**15. EXPRESION.**

Implica la expresión clara del mensaje verbal y no verbal.

---

---

---

---

**16. INTERACCION SOCIAL.**

Implica habilidades relacionadas con hacerse querido, participar con otros en situaciones sociales, y respetar límites. Detalla las conductas, las conductuales del paciente relacionado al nivel algún grado de participación en las diferentes situaciones sociales y temporales, describiendo el nivel de reacción conductual frente a situaciones que impliquen adaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y al entorno.

---

---

---

---

**17. RESOLUCION DE PROBLEMAS.**

Implica resolver problemas cotidianos.

---

---

---

---

**18. MANEJO.**

Implica habilidad para el manejo diario y manipulación de actividades simples y/o tareas familiares.

---

---

---

---

**TRATAMIENTO FARMACOLOGICO**

Especifique que medidas terapéuticas se implementaron, detallando fármacos u. dosis, vía, días, tiempo de tratamiento, y resultados obtenidos.

En caso de pacientes con auto o hetero agresividad, se deberá optar por seguir un protocolo de medicación ya que evitará psicofármacos para tal fin, así como la evolución en el grado de conexión con el medio, adaptación del aprendizaje y socialización. Dichos casos deberán ser cumplimentados antes de solicitar el ingreso al módulo de alto grado de dependencia. En caso de la modificación de estos datos los cambios se registrarán en el historial.

Blank lines for pharmacological treatment details.

**EVALUACIÓN INSTITUCIONAL**

Escriba en base a la evaluación histórica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neuropsicomotores y cognitivos del paciente.

Blank lines for institutional evaluation details.

**Finis y validación Prelectura de Intervenciones**

La familia/ tutor del Área de Dependencia de IOMA avalará el puntaje FIM final para determinar si el paciente cumple con los criterios de ingreso al Módulo de Alto Grado de Dependencia según es detallado en esta planilla.

Blank lines for family/tutor validation.

Fecha

Firma y sello del suelto



**INGRESO A LA MODALIDAD DE HOGAR ASOCIADO**

Esta planilla deberá ser completada por personal idóneo de la localización. Los datos consignados tendrán carácter de declarativa (verdad).

1. MODALIDAD SOLICITADA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. DATOS DE LA RESIDUACIÓN:
2.1. Denominación: \_\_\_\_\_
2.2. Domicilio: \_\_\_\_\_
2.3. Teléfono: \_\_\_\_\_

3. DATOS DEL AFILIADO
3.1. Apellido y nombre: \_\_\_\_\_
3.2. Apellido pat: \_\_\_\_\_ A.P. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3.3. Fecha de ingreso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3.4. Motivo de ingreso de la residencia:
 B.S.1. Orden Judicial (apurar concepto)
 R.F.2. Pertenencia familiar
 B.S.3. Convalecencia Especial
 R.F.A. Otros: \_\_\_\_\_

4. DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

5. ANTECEDENTES INSTITUCIONALES:
5.1. Denominación e Entidad de Origen (L)
5.2. Denominación e Dirección Especial
5.3. Denominación e dirección y/o institución
5.4. Proceso de ingreso en el caso de: (Hospitalización, Puesto de Hospitalización, Clínica Psiquiátrica, etc.)

6. DETALLE PRESTACIONAL POR AREAS
6.1. Área psicología
6.2. Área: \_\_\_\_\_
6.3. Prestación de atención: SI  NO 
6.4. Área de intervención: \_\_\_\_\_
6.5. Objeto: \_\_\_\_\_
6.6. Resultado de atención: \_\_\_\_\_

**6.2 Área Psicológica**

6.2.1 Apellido y nombre de paterino: \_\_\_\_\_

6.2.2 Matr. N° \_\_\_\_\_

6.2.3 Presencia de control al beneficiario:  Es viable  No viable \_\_\_\_\_

6.3 Tozales Quirós Emil. INE en uso en funcionamiento

6.3.1 Apellido y nombre de paterino: \_\_\_\_\_

6.3.2 Matr. N° \_\_\_\_\_

6.3.3

¿tiene persona de apoyo?	sexo	edad	relación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

6.3.4 Generalmente a continuación \_\_\_\_\_

6.3.5 ¿tiene vivienda?  SI  NO

6.3.6 ¿cómo? \_\_\_\_\_

6.4 Teléfono (dar los datos telefónicos que posea) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6.5 Área Médica.

6.5.1 Apellido y nombre de paterino: \_\_\_\_\_

6.5.2 Matr. N° \_\_\_\_\_

6.5.3 PREVALENCIA OCIDENTAL: \_\_\_\_\_

6.5.4 Tipo de intervención: \_\_\_\_\_

6.5.5 Reevaluación:  SI  NO

6.5.6 Describir los mal de cabeza que consume y dosis diaria \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6.5 Área Social Asesoría Social

6.5.1 Insuando \_\_\_\_\_

6.5.2 Problemas con el entorno \_\_\_\_\_

6.5.3 Partidos que participa \_\_\_\_\_

6.5.4 Utiliza la problemática fundamental de intervención \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6.5.6. Constante de la go de la intervención: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6.5.7. Fecha de inicio de la intervención: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**7. PRONÓSTICO DE EGRESO.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**8. VINCULACIÓN FAMILIAR**

8.1 ¿tiene familia?  SI  NO

8.2 Si responde de la familia: \_\_\_\_\_

8.3  SI  NO

8.4  Con familia  Sin familia  Otro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**9. FAMILIAR RESPONSABLE:**

9.1 Domicilio: \_\_\_\_\_

9.2 Localidad: \_\_\_\_\_

9.3 Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma y sello

Para participación de los responsables de la institución

**NOTA:** Como medida indispensable para acceder a la prestación, los beneficiarios deberán adjuntar las habilitaciones correspondientes de la institución provincial de Montevideo con sus datos personales.

**B. REDCCION DE PROGRAMAS ESPECIFICOS**

## **ANEXO IV**

### **MODULO DE ACOMPAÑAMIENTO TERAPEUTICO**

#### **IV. A. FUNDAMENTACION.**

Es un dispositivo indicado para la atención de afiliados con patologías congénitas o adquiridas, que por las características de sus diagnósticos quedan excluidos de la atención brindada en Instituciones especializadas, y requieren asistencia permanente en éstas o en su domicilio.

Esta prestación está concebida para desarrollar acciones que auxilien a los profesionales en la tarea de promoción, asistencia y rehabilitación, tanto individual como familiar, tendientes a mejorar la calidad de vida de los pacientes y su inserción social y laboral ayudando a desarrollar en el mismo conductas participativas.

El profesional podrá desempeñarse como auxiliar en disciplinas como Psiquiatría, Psicología, Terapia ocupacional, Asistencia social. etc.

Con la figura del Acompañante Terapéutico se intenta alcanzar el objetivo de continuar un tratamiento sin aislar al paciente de su entorno socio - familiar, es decir evitando el recurso extremo de la internación o previniendo los efectos de las re internaciones. Permite sostener la continuidad de tratamientos ambulatorios o domiciliarios.

#### **IV.B. BENEFICIARIOS DEL MODULO**

- \* Niños y adolescentes con trastornos del desarrollo, autismos y con multidiscapacidad.
- \* Adultos y Adultos mayores: psicosis; patologías neurológicas y psiquiátricas.

#### **IV.C. FUNCIONES DEL ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO.**

- \* Acompañar al paciente que presenta diagnóstico psiquiátrico/psicológico, previa indicación del Profesional, con el objetivo de favorecer su desempeño en su domicilio o en instituciones donde no pueda realizarlo por sí solo.
- \* Contener a la persona en situaciones de riesgo.
- \* Actuar como auxiliar del Psicólogo o Médico que realiza en tratamiento.
- \* Formar parte de un equipo interdisciplinario.
- \* Quedan excluidas del Módulo las prestaciones que puedan requerir estos pacientes, que correspondan a atención de enfermería.

#### **IV.D. PERFIL DEL PROFESIONAL.**

El Profesional que brindará la prestación tendrá título habilitante de Acompañante Terapéutico. La formación académica de éstos es muy diversa, según sus estudios, experiencia desarrollada y supervisión recibida. En el caso de no existir en el lugar, personal que cumpla con este requisito se deberá adjuntar Certificados de Cursos o Especialidades afines a la problemática del Afiliado y avalados por un Organismo Superior, así como demostrar antecedentes de experiencia e idoneidad para cumplir con ese rol. Previo a su autorización, el Área Educativa Terapéutica analizará la documentación presentada en este sentido, y la orientación del Profesional solicitado.

#### **IV.E. REQUISITOS.**

El trámite de solicitud del Acompañante Terapéutico deberá completarse con la siguiente documentación

- \* Solicitud de la prestación por el Afiliado o familia del mismo.
- \* Título habilitante del Profesional.
- \* Currículum Vitae.
- \* Prescripción Médica y Diagnóstico del Afiliado.
- \* Informe detallado del paciente por parte del Profesional que dirigirá y supervisará el tratamiento.
- \* Plan de trabajo con acciones a desarrollar, estrategias terapéuticas del equipo interviniente, y objetivos a lograr con el Afiliado.
- \* En caso de estar concurriendo a una Institución, se adjuntará un acta de la misma prestando conformidad al trabajo del Acompañante Terapéutico.
- \* Presupuesto y carga horaria.
- \* Documentación Afiliatoria.

#### **IV.F. VALORIZACION DEL MODULO.**

La carga horaria a autorizar, como máximo 6 (seis) horas diarias, será determinada por este IOMA, en base a la patología del Afiliado y sus características particulares.

Monto a Cubrir:

Modalidad a Domicilio: \$ 12,00 / hora. (pesos doce)

Modalidad en Centro: \$ 10,00 / hora (pesos diez)

**MONTO Y VALORES DE COBERTURA**

**V.A. MONTOS PARA INSTITUCIONES CON CONVENIO.**

PRESTACIÓN	MODALIDAD	MONTO MENSUAL	MONTO DIARIO
Centro de Día	Jornada Completa	\$ 1.800,00	\$ 60,00
	Jornada Simple	\$ 1.100,00	\$ 36,66
	Jornada Completa con Alto Grado de Dependencia	\$ 1.800,00	\$ 60,00
	Jornada Simple con Alto Grado de Dependencia	\$ 1.300,00	\$ 43,33
Centro Educativo Terapéutico	Jornada Completa	\$ 1.500,00	\$ 50,00
	Jornada Simple	\$ 1.100,00	\$ 36,66
	Jornada Completa con Alto Grado de Dependencia	\$ 1.800,00	\$ 60,00
	Jornada Simple con Alto Grado de Dependencia	\$ 1.300,00	\$ 43,33

**V.B. MONTOS PARA INSTITUCIONES SIN CONVENIO Y HOGARES**

PRESTACIÓN	MODALIDAD	MONTO MENSUAL	MONTO DIARIO
Hogar	Básico	\$ 1.700,00	\$ 56,66
	Con Alto Grado de Dependencia	\$ 2.100,00	\$ 69,66
Centro de Día	Jornada Completa	\$ 1.800,00	\$ 60,00
	Jornada Simple	\$ 1.100,00	\$ 36,66
	Jornada Completa con Alto Grado de Dependencia	\$ 1.800,00	\$ 60,00
	Jornada Simple con Alto Grado de Dependencia	\$ 1.300,00	\$ 43,33
Centro Educativo Terapéutico	Jornada Completa	\$ 1.500,00	\$ 50,00
	Jornada Simple	\$ 1.100,00	\$ 36,66
	Jornada Completa con Alto Grado de Dependencia	\$ 1.800,00	\$ 60,00
Hogar con Centro de Día	Básico	\$ 2.000,00	\$ 66,66
	Con Alto Grado de Dependencia	\$ 2.400,00	\$ 79,66
Hogar con Centro Educativo Terapéutico	Básico	\$ 2.000,00	\$ 66,66
	Con Alto Grado de Dependencia	\$ 2.400,00	\$ 79,66
Hogar con Escuela Especial	Básico	\$ 2.000,00	\$ 66,66
	Con Alto Grado de Dependencia	\$ 2.400,00	\$ 79,66

Los valores corresponden al monto por cada Afiliado. De considerarse Jornada Completa o la cobertura de la institución durante todo el día, y Jornada Simple de 4 horas.

IOMA autorizará hasta un máximo de 20 (veinte) sesiones diarias a cada día de E.D.T. (sesión continua) por el máximo recurso autorizado y se considera que el Valor Diario del traslado es de \$ 4,00.

El pago de honorarios mensuales se realiza a fines de cada mes correspondiente con el monto autorizado cuando se verifica a través de la Declaración Jurada respectiva, que a su vez se ingresó al día de 20 (veinte) días hábiles.

Se debe considerar que los montos indicados implican la Ley de los valores de su prestación autorizada a ser cubiertos por las distintas modalidades. Se rechazará toda prestación presentada por establecimientos que no estén autorizados en sus modalidades Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, Hogar, Hogar con Centro de Día y Hogar con Centro Educativo Terapéutico en cuanto a los recursos autorizados por el IOMA para cada prestación.

Los montos contemplados en esta Resolución, tanto de las diferentes coberturas autorizadas, como de las mismas modalidades cubiertas a partir de la misma, tienen como fin cubrir la atención de Centros Educativos Terapéuticos, Hogar Asociado o Centro Educativo Terapéutico, y la comparación de Hogar Asociado o Escuela, en el contexto de las prestaciones de Alto Grado de Dependencia, según montos respectivos autorizados a partir de la creación de la Ley de la Atención Normalizada por el Decreto de OMA.

**ANEXO VI**  
**CIRCUITOS DE AUTORIZACION EN HOGARES, HOGARES ASOCIADOS,**  
**CENTROS DE DIA, Y CENTROS EDUCATIVOS TERAPEUTICOS**

