

PROVINCIA DE SANTA FE
Ministerio de Salud

DISPOSICION G N° 000034

SANTA FE, "Cuna de la Constitución Nacional" 04 JUN 2014

VISTO:

El Expediente N° 15301 - 0107431 - 6 iniciado por la Dirección General de Prestaciones referente al Programa de Cuidados Domiciliarios; y

CONSIDERANDO:

Que por Disposición General N° 0021/14 se aprueba el Programa de Cuidados Domiciliarios;

Que el Asistente Técnico, Dr. Ariel Torres Morales, propone realizar diversas modificaciones a los Anexos de la mencionada Disposición;

Que la Dirección General de Prestaciones comparte lo expuesto, considerando conveniente reemplazar el documento completo del Programa de Cuidados Domiciliarios, de modo de posibilitar la lectura integral del mismo;

Que asimismo deberá dejarse sin efecto la Disposición General N° 0039/97 y sus modificatorias, atendiendo a que lo contemplado en la misma se encuentra suplido por las figuras aprobadas en el Programa de Cuidados Domiciliarios;

Por ello, y las facultades conferidas por el artículo 7 de la Ley N° 8288 y Decreto N° 103/11;

EL DIRECTOR PROVINCIAL

DEL

INSTITUTO AUTARQUICO PROVINCIAL DE OBRA SOCIAL

DISPONE:

ARTICULO 1º): **Encastrar** la presente gestión en la Ley N° 8288 artículo 7.-

ARTICULO 2º): **Sustituir** el Programa de Cuidados Domiciliarios aprobado por la Disposición General N° 0021/14 por el nuevo Programa que forma parte integrante de la presente Disposición.-

ARTICULO 3º): **Dejar** sin efecto la Disposición General N° 0039/97.-

ARTICULO 4º): **Efectuar** la publicación de la presente Disposición en el Boletín Oficial, en los diarios de mayor circulación de las ciudades de Santa Fe y Rosario y en la página web de la Obra Social, con las especificaciones de sus alcances.-

ARTICULO 5º): **Regístrese**, comuníquese y archívese.-

I.A.P.O.S.
DACTILOG.
REDACTO
REVISO



Dr. SILVIO ALEJANDRO GONZÁLEZ
DIRECTOR PROVINCIAL
I.A.P.O.S.

000034

04 JUN 2014



Programa de Cuidados Domiciliarios

Anexos

2014



000034

04 JUN 2014

3

Contenido

Anexo I - Programa de Cuidados Domiciliarios IAPOS.....	3
Introducción.....	3
Objetivos	3
Módulos del Programa de Cuidados Domiciliarios	4
MODULO 1.....	5
MODULO 2.....	7
MODULO 3.....	9
MODULO 4.....	11
SUB-MODULO 5.....	13
SUB-MODULO 6a y 6b	14
SUB-MODULO 7	15
SUB-MODULO 8	16
SUB-MODULO 9.....	18
MODULO 10.....	19
Coberturas Adicionales o Complementarias.....	20
ANEXO II: Tipificación del Servicio – Alcances de la Cobertura	21
ANEXO III: Circuito de Solicitud, Ingreso, Permanencia y Finalización.....	24
ANEXO IV: Ficha de solicitud de cobertura - Cuidados Domiciliarios.....	27
ANEXO V: Resumen de módulos prestacionales ofrecidos por el programa .	30
ANEXO VI: REQUISITOS PARA INCORPORACIÓN DE PRESTADORES.....	35
ANEXO VII: CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE Y FAMILIARES....	39
ANEXO VIII: CIRCUITO ADMINISTRATIVO PARA PRESENTACIÓN Y PAGO DE PRESTACIONES.....	43
ANEXO IX: FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS ESPECÍFICOS.....	45



Programa de Cuidados Domiciliarios

MÓDULOS

Anexo I - Programa de Cuidados Domiciliarios

IAPOS

Introducción

Los desafíos actuales que presentan los sistemas de salud están relacionados fundamentalmente con la eficiencia en la asignación de recursos como también en la adecuada asistencia a los pacientes en los distintos niveles de las redes de atención, de acuerdo a su situación particular de salud. En este sentido, dispositivos de atención como la internación domiciliaria¹, la asistencia en domicilio o los cuidados paliativos en domicilio, conjugan características que permiten abordar estos requerimientos sanitarios dentro de una lógica de integración de la atención en sentido social, considerando un rol relevante en el cuidado y restablecimiento de la salud al rol del propio paciente y su entorno familiar.

En este sentido, los aspectos relevantes y los beneficios que este tipo de dispositivos brinda están orientados tanto al paciente y su familia, como a los equipos de salud y a los financiadores del sector. En este contexto, el paciente recibe la atención más adecuada para su situación, en un entorno que revaloriza la faceta humana de los cuidados y mejora la calidad de vida con costos acordes a las prestaciones brindadas.

Objetivos

Se propone a través de este programa facilitar la selección y el financiamiento por parte del instituto de las prestaciones necesarias para brindar a los afiliados del

¹ La "Internación Domiciliaria," es una modalidad de atención de salud, mediante la cual se brinda al paciente y a la familia asistencia en su domicilio, realizada por un equipo multiprofesional e interdisciplinario, cuya misión es promover, prevenir, recuperar, rehabilitar y acompañar a los pacientes de acuerdo a su diagnóstico y evolución, en los aspectos físicos, síquicos, social y espiritual, manteniendo la calidad, el respeto y la dignidad humana. Definición Ministerio de Salud de la Nación (http://www.msal.gov.ar/pngcam/resoluciones/msres704_2000.pdf).



04 JUN 2014

instituto asistencia en domicilio, en sus distintas modalidades (internación domiciliaria, cuidados paliativos, asistencia por equipos de salud) tanto para pacientes adultos como pediátricos, asegurando la calidad de las prestaciones brindadas y el control de los prestadores asignados a tal efecto.

Módulos del Programa de Cuidados Domiciliarios

Los módulos propuestos se diseñaron en base a la estimación de la intensidad prestacional necesaria en el domicilio a fin de asistir al paciente de la manera más adecuada y eficiente en relación a la patología o condición de salud que motivó su inclusión en el programa.

En cada módulo se definirá tanto la frecuencia como las características de las prestaciones a ser brindadas al paciente por parte de los prestadores, las inclusiones y exclusiones, como así también los mecanismos que contempla la obra social para el financiamiento o cobertura de aspectos no abordados en forma directa por los módulos, pero que complementan la asistencia en domicilio (nutrición, oxigenoterapia, elementos de asistencia).

El programa incluye 4 módulos principales de asistencia en domicilio para atención de pacientes adultos y pediátricos, 5 submódulos complementarios de asistencia y 1 módulo para auditoría y control en terreno.



Cuidados Domiciliarios en pacientes adultos y pediátricos

MODULO 1

ASISTENCIA INTENSIVA DE CUIDADOS EN DOMICILIO

Definición

Módulo orientado a patologías que requieren asistencia médica y de enfermería en forma intensiva por un período determinado (por definición, no mayor a 1 mes: todo período superior requerirá la debida justificación por informe clínico escrito para su evaluación por Auditoría Médica).

Destinado a situaciones como las que se enumeran a continuación, tanto para pacientes adultos y pediátricos (sólo a modo de ejemplificación, pudiendo aplicarse a patologías o condiciones distintas a las planteadas a criterio consensuado con auditoría médica IAPOS):

- Paciente secuelar ACV de ocurrencia reciente,
- Externación inmediata de fractura de cadera, con control de herida quirúrgica
- Paciente EPOC en fase de descompensación
- Tratamiento paliativo y del dolor en paciente oncológico
- Pacientes dependientes de Asistencia Respiratoria Mecánica
- Enfermería especializada
- Traqueostomía de alto requerimiento
- Pacientes con trastornos neuromusculares
- Pacientes EPOC o con enfermedad fibroquística
- Incluye situaciones consignadas en el Módulo 3 que se presenten en forma concurrente.

Código Nomenclador IAPOS

Código: 38.90.10

Prestaciones Cubiertas

Se presenta la distribución de las mismas en base semanal y luego son valorizadas por mes y en forma diaria para cálculo parcial de módulos:

Prestación	Frecuencia semanal	Observaciones
Control Médico Programado	3	De carácter obligatorio
Control Médico adicional Interconsulta con especialista Incluye ECG, espirometría u otra práctica	2	A demanda según las necesidades del paciente o a consideración del equipo tratante



000034

04 JUN 2014.

para evaluación (radiología)		
Control Enfermería	7	Prácticas obligatorias
Los requerimientos de asistencia adicional en rehabilitación kinesiológica y/o fonoaudiológica, se canalizarán a través de los submódulos correspondientes de acuerdo a las definiciones posteriores dentro de este programa.		
Medicación		
Se proveerá cobertura del 100% en medicación endovenosa, intramuscular o subcutánea. Las recetas se ingresarán al sistema de farmacia IAPOS bajo cobertura de Plan 26.		
La medicación vía oral se cubre según normativas vigentes previstas para pacientes ambulatorios o crónicos.		
La dosis inicial de medicación, en caso de ser necesario, queda a cargo de la empresa prestadora (antitérmicos, antieméticos, analgésicos, antiespasmódicos, corticoides).		
Valorización Módulo		
1. Componente Prestacional Asistencial: Se valorizan las prácticas asistenciales necesarias para la implementación del dispositivo.		
2. Componente Insumos y Material Descartable: Se valoriza en base a la utilización mensual de los insumos necesarios para realización de prácticas.		
3. Gastos Administrativos: Se establece en un 15% del valor prestacional del módulo y contempla todas las actividades a realizar por las empresas prestadoras que estén relacionadas con actos administrativos y de logística, que sean necesarios para la adecuada prestación de los servicios.		
MÓDULO 1	Valor unitario	Prestaciones mensuales
Control Médico Programado	\$ 165	12
Control Médico adicional	\$ 165	8
Visita Enfermería	\$ 66	30
Valor mensual prestacional		\$ 5.280
Gastos administrativos		15%
Materiales descartables / insumos		\$ 770
Valor Mensual Módulo		\$ 6.842
Valor Diario Módulo		\$ 228



000034

n 4 JUN 2014

MODULO 2**ASISTENCIA ESTANDAR DE CUIDADOS EN DOMICILIO****Definición**

Módulo orientado a aquellas situaciones que requieran controles médicos y de enfermería en base no intensiva.

Destinado a situaciones como las que se enumeran a continuación, tanto para pacientes adultos y pediátricos (sólo a modo de ejemplificación, pudiendo aplicarse a patologías o condiciones distintas a las planteadas a criterio consensuado con auditoría médica IAPOS):

- Secuelar ACV fase estabilización
- Recuperación de fractura de cadera
- Paciente EPOC estable
- Traumatismo de cráneo
- Cuidados paliativos en fase estable
- Paciente con oxigenoterapia estable
- Hipoxia cerebral

Código Nomenclador IAPOS

Código: 38.90.11

Prestaciones Cubiertas

Se presenta la distribución de las mismas en base semanal y luego son valorizadas por mes y en forma diaria para cálculo parcial de módulos:

Prestación	Frecuencia semanal	Observaciones
Control Médico Programado	2	De carácter obligatorio
Control Médico adicional Interconsulta con especialista (Incluye ECG, espirometría, radiología u otra práctica para evaluación)	0,5 (2 visitas mensuales)	A demanda según las necesidades del paciente o a consideración del equipo tratante (equivale a 2 visitas mensuales)
Control Enfermería	3	Prácticas obligatorias

Medicación

Se proveerá cobertura del 100% en medicación endovenosa, intramuscular o subcutánea. Las recetas se ingresarán al sistema de farmacia IAPOS bajo cobertura de Plan 26.

La medicación vía oral se cubre según normativas vigentes previstas para pacientes ambulatorios o crónicos.



9
000034

04 JUN 2014

La dosis inicial de medicación, en caso de ser necesario, queda a cargo de la empresa prestadora (antitérmicos, antieméticos, analgésicos, antiespasmódicos, corticoides).

Valorización Módulo

- 1. Componente Prestacional Asistencial:** Se valorizan las prácticas asistenciales necesarias para la implementación del dispositivo.
- 2. Componente Insumos y Material Descartable:** Se valoriza en base a la utilización mensual de los insumos necesarios para realización de prácticas.
- 3. Gastos Administrativos:** Se establece en un 15% del valor prestacional del módulo y contempla todas las actividades a realizar por las empresas prestadoras que estén relacionadas con actos administrativos y de logística, que sean necesarios para la adecuada prestación de los servicios.

MÓDULO 2	Valor unitario	Prestaciones mensuales	Valor mensual
Control Médico Programado	\$ 165	8	\$ 1.320
Control Médico adicional	\$ 165	2	\$ 330
Control Enfermería	\$ 66	12	\$ 792
Valor mensual prestacional			\$ 2.442
Gastos administrativos			15%
Materiales descartables / insumos			\$ 770
		Valor Mensual Módulo	\$ 3.578
		Valor Diario Módulo	\$ 119



MODULO 3**CUIDADOS DE ENFERMERÍA CON CONTROL MÉDICO****Definición**

Módulo orientado a aquellas situaciones que requieran cuidados y prácticas de enfermería de manera frecuente, con control médico de evolución.

Destinado a situaciones como las que se enumeran a continuación, tanto para pacientes adultos y pediátricos (sólo a modo de ejemplificación, pudiendo aplicarse a patologías o condiciones distintas a las planteadas a criterio consensuado con auditoría médica IAPOS):

- Curación de heridas postquirúrgicas
- Curación de escaras y lesiones
- Realización de medicación endovenosa, intramuscular o subcutánea.
- Tratamiento dolor paciente oncológico (administración fármacos reglados).
- Realización de quimioterapia o cuidados paliativos
- Controles de ostomías (colostomía, yeyunostomía, traqueostomía)
- Pacientes oxígeno dependientes
- Pacientes traqueostomizados con o sin necesidad de oxígeno

Código Nomenclador IAPOS

Código: 38.90.12

Prestaciones Cubiertas

Se presenta la distribución de las mismas en base semanal y luego son valorizadas por mes y en forma diaria para cálculo parcial de módulos:

Prestación	Frecuencia semanal	Observaciones
Control Médico Programado	2	De carácter obligatorio
Control Enfermería	7	Prácticas obligatorias

Medicación

Se proveerá cobertura del 100% en medicación endovenosa, intramuscular o subcutánea. Las recetas se ingresarán al sistema de farmacia IAPOS bajo cobertura de Plan 26.

La medicación vía oral se cubre según normativas vigentes previstas para pacientes ambulatorios o crónicos.

La dosis inicial de medicación, en caso de ser necesario, queda a cargo de la empresa prestadora (antitérmicos, antieméticos, analgésicos, antiespasmódicos, corticoides).

Valorización Módulo

<p>1. Componente Prestacional Asistencial: Se valorizan las prácticas asistenciales necesarias para la implementación del dispositivo.</p> <p>2. Componente Insumos y Material Descartable: Se valoriza en base a la utilización mensual de los insumos necesarios para realización de prácticas.</p> <p>3. Gastos Administrativos: Se establece en un 15% del valor prestacional del módulo y contempla todas las actividades a realizar por las empresas prestadoras que estén relacionadas con actos administrativos y de logística, que sean necesarios para la adecuada prestación de los servicios.</p>			
MÓDULO 3	Valor unitario	Prestaciones mensuales	Valor mensual
Control Médico Programado	\$ 165	8	\$ 1.320
Control Enfermería	\$ 66	30	\$ 1.980
Valor mensual prestacional			\$ 3.300
Gastos administrativos			15%
Materiales descartables / insumos			\$ 770
Valor Mensual Módulo			\$ 4.565
Valor Diario Módulo			\$ 152



MODULO 4		REHABILITACIÓN CON CONTROL MÉDICO	
Definición			
Módulo orientado a aquellas situaciones que requieran controles médicos y prácticas de rehabilitación en base no intensiva. Destinado a situaciones como:			
<ul style="list-style-type: none"> - Secular ACV fase estabilización - Enfermedad de Parkinson en estadio terminal - POP traumatológicos - Otras patologías neuromusculares 			
Código Nomenclador IAPOS			
Código: 38.90.13			
Prestaciones Cubiertas			
Se presenta la distribución de las mismas en base semanal y luego son valorizadas por mes y en forma diaria para cálculo parcial de módulos:			
Prestación	Frecuencia semanal	Observaciones	
Control Médico Programado	1	De carácter obligatorio	
Kinesiología / Fonoaudiología	3	El tipo de asistencia se definirá según las necesidades del paciente.	
Medicación			
Se proveerá cobertura del 100% en medicación endovenosa, intramuscular o subcutánea. Las recetas se ingresarán al sistema de farmacia IAPOS bajo cobertura de Plan 26. La medicación vía oral se cubre según normativas vigentes previstas para pacientes ambulatorios o crónicos. La dosis inicial de medicación, en caso de ser necesario, queda a cargo de la empresa prestadora (antitérmicos, antieméticos, analgésicos, antiespasmódicos, corticoides).			
Valorización Módulo			
<p>1. Componente Prestacional Asistencial: Se valorizan las prácticas asistenciales necesarias para la implementación del dispositivo.</p> <p>2. Gastos Administrativos: Se establece en un 15% del valor prestacional del módulo y contempla todas las actividades a realizar por las empresas prestadoras que estén relacionadas con actos administrativos y de logística, que sean necesarios para la adecuada prestación de los servicios.</p>			
MÓDULO 4	Valor unitario	Prestaciones mensuales	Valor mensual
Control Médico Programado	\$ 165	4	\$ 660



13

000034

n 4 JUN 2014-

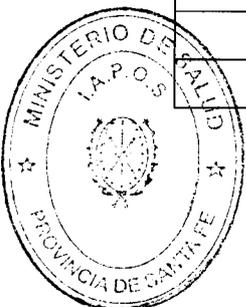
Kinesiología / Fonoaudiología	\$ 135,30	12	\$ 1.624
Valor mensual prestacional			\$ 2.284
Gastos administrativos			15%
	Valor Mensual Módulo		\$ 2.626
	Valor Diario Módulo		\$ 88



SUB-MODULO 5		PRÁCTICAS ADICIONALES DE ENFERMERIA	
Definición			
<p>En caso de que la patología del paciente lo requiera, se podrá anexar este submódulo a cualquiera de los módulos principales, no pudiendo utilizarse de manera aislada. Incluye 7 visitas semanales de enfermería. Las situaciones que puedan requerir su utilización pueden estar relacionadas a administración de medicación endovenosa, hidratación parenteral o controles frecuentes de signos vitales (presión arterial, saturación de oxígeno). Queda reservado a aquellas situaciones en las que se deban realizar las prácticas de enfermería bajo indicación médica, separadas temporalmente por más de 8 horas y que impliquen una nueva visita al paciente en su domicilio. Como máximo se puede asignar sólo 1 (un) Submódulo 5 a un módulo principal.</p>			
Código Nomenclador IAPOS			
Código: 38.90.14			
Valorización Módulo			
<p>1. Componente Prestacional Asistencial: Se valorizan las prácticas asistenciales necesarias para la implementación del dispositivo.</p> <p>2. Gastos Administrativos: Se establece en un 15% del valor prestacional del módulo y contempla todas las actividades a realizar por las empresas prestadoras que estén relacionadas con actos administrativos y de logística, que sean necesarios para la adecuada prestación de los servicios.</p>			
MÓDULO 5	Valor unitario	Prestaciones mensuales	Valor mensual
Control Enfermería	\$ 66	30	\$ 1.980
Valor mensual prestacional			\$ 1.980
Gastos administrativos			15%
Valor Mensual Módulo			\$ 2.277
Valor Diario Módulo			\$ 76



SUB-MODULO 6a y 6b		ADICIONAL ASISTENCIA KINESIOTERÁPICA Y/O FONOAUDIOLÓGICA	
Definición			
<p>Los siguientes submódulos pueden incorporarse a los módulos principales en función de los requerimientos de los pacientes en lo relacionado a rehabilitación kinesioterápica o fonoaudiológica, no pudiendo utilizarse de manera aislada. Se establecen dos categorías en función de los requerimientos del paciente, basándose la valorización de prácticas en forma mensual. Como máximo se puede asignar sólo 1 (un) Submódulo 6a o 6b a un módulo principal.</p> <p>Estos submódulos incluyen las prácticas de terapia ocupacional relacionadas con Rehabilitación en actividades de las básicas cotidianas (ABC), Rehabilitación en las actividades de la vida diaria (AVD), Actividades recreativas, Rehabilitación miembro superior y cualquier otra relacionada con estas.</p>			
Código Nomenclador IAPOS			
Código: 38.90.15 (a)			
Código: 38.90.16 (b)			
Valorización Módulo			
<p>1. Componente Prestacional Asistencial: Se valorizan las prácticas asistenciales necesarias para la implementación del dispositivo.</p> <p>2. Gastos Administrativos: Se establece en un 15% del valor prestacional del módulo y contempla todas las actividades a realizar por las empresas prestadoras que estén relacionadas con actos administrativos y de logística, que sean necesarios para la adecuada prestación de los servicios.</p>			
MÓDULO 6a	Valor unitario	Prestaciones mensuales	Valor mensual
Kinesiología / Fonoaudiología	\$ 135,30	20	\$ 2.706
Valor mensual prestacional			\$ 2.706
Gastos administrativos			15%
Valor Mensual Módulo			\$ 3.112
Valor Diario Módulo			\$ 104
MÓDULO 6b	Valor unitario	Prestaciones mensuales	Valor mensual
Kinesiología / Fonoaudiología	\$ 135,30	12	\$ 1.624
Valor mensual prestacional			\$ 1.624
Gastos administrativos			15%
Valor Mensual Módulo			\$ 1.867
Valor Diario Módulo			\$ 62



SUB-MODULO 7		ADICIONAL ENFERMERÍA POR FRANJA HORARIA	
Definición			
En caso de que la patología o la situación del paciente lo requiera, considerándose cuidados de enfermería por hora. El otorgamiento del mismo se realizará en base a franjas horarias de 4 horas, no pudiendo utilizarse de manera aislada .			
Código Nomenclador IAPOS			
Código: 38.90.17			
Valorización Módulo			
1. Componente Prestacional Asistencial: Para el cálculo se procedió a multiplicar dos costos escalonados por hora de enfermería por el componente horario de cada franja, de acuerdo al esquema.			
Horas diarias de enfermería	Valor hora	Día	Mes
4	\$ 55	\$ 220	\$ 6.600
6	\$ 55	\$ 330	\$ 9.900
8	\$ 55	\$ 440	\$13.200
10	\$ 49	\$ 490	\$ 14.700
12	\$ 44	\$ 528	\$ 15.840
14	\$ 44	\$ 616	\$ 18.480
16	\$ 44	\$ 704	\$ 21.120
Se considerará hasta un máximo de 16 hs de enfermería diaria, reservada sólo para casos de complejidad extrema y requisitoria de manejo especializado (ej: niños y/o adultos con ARM), siempre de manera complementaria a un módulo principal y bajo supervisión e informes por planilla laboral bajo responsabilidad del equipo / empresa contratada.			
La adjudicación de las franjas horarias crecientes quedará supeditada a evaluación de cada caso y criterio de auditoría médica, pudiendo completarse los requerimientos diarios con los considerando del Submódulo 8 (Adicional Cuidadores / Asistentes Domiciliarios por hora).			
La suma total de cuidados por hora, enfermería y cuidadores / asistentes domiciliarios (Submódulo 7 y Submódulo 8), no podrá ser mayor a 16 horas diarias.			



17

000034

04 JUN 2014

SUB-MODULO 8	ADICIONAL CUIDADORES/ASISTENTES DOMICILIARIOS/HORA
Definición	
Se contemplará esta cobertura en caso de que la patología o la situación del paciente lo requieran, considerándose la asistencia o cuidados domiciliarios por hora.	
Código Nomenclador IAPOS	
Código: 38.90.18	
Detalle	
<p>1. Solicitud de cuidados por hora: se admitirá para evaluación a partir de un pedido médico extendido por médico de cabecera, médico tratante o equipos de salud que asisten al paciente (incluido Equipos de Salud Mental, de corresponder el caso) en el marco de un plan de cuidados, con detalles clínicos de su situación en ese momento. El seguimiento y cuidado de estos casos requerirá un nuevo resumen de evolución clínica de acuerdo al lapso de tiempo autorizado (ej: 3 meses), debiendo actualizarse el pedido para prórrogas del servicio.</p> <p>2. Evaluación por Auditoría Médica y/o Estudios Sociales (IAPOS): Se evaluará tanto la necesidad como la cantidad de horas mensuales y el tiempo total en meses a otorgar la cobertura, de acuerdo a la condición clínica del paciente y de los factores socioeconómicos del entorno familiar.</p> <p>3. Financiamiento: Luego de autorizada la cobertura y definida la cantidad de horas a otorgar por día, y en qué días de la semana (lunes a viernes / lunes a domingo / etc.), se valorizará a \$ 25 por hora de lunes a viernes y \$ 30 la hora los días sábados, domingos y feriados, con una cobertura desde 1 a 16 hs diarias. Los valores definidos para esta cobertura quedarán determinados por la grilla de aranceles, aplicándose tanto a este Programa como al Programa EMSyD.</p> <p>4. Contratación de la prestación: Una vez definido el modo de financiamiento, podrá referirse la familia al padrón de Asistentes / Cuidadores Domiciliarios de la provincia ó a las empresas en donde pueden contratar el servicio. En relación a la selección de los prestadores, podrá aplicarse en forma supletoria la modalidad establecida en el Programa EMSyD (Disposición General N° 64/13 y modificatorias), en tal sentido podrán acreditarse como Asistentes / Cuidadores Domiciliarios en el marco del presente Programa: Licenciados y auxiliares de enfermería, cuidadores domiciliarios con cursos específicos de más de 20hs. o personal acreditado por autoridades profesionales del IAPOS para casos específicos como ser: poca disponibilidad geográfica, poblados pequeños sin asistentes con capacitación formal, etc.</p> <p>Este submódulo contempla lo establecido por las Normativas Básicas de la Ley de Discapacidad N° 24.901 (inciso d – art 39), podrá aplicarse en cobertura a pacientes sin necesidad de requerir que posea CUD (Certificado de Discapacidad).</p> <p>La modalidad de utilización de este submódulo permite su indicación y autorización de manera independiente y sin la necesidad de vinculación a un módulo principal.</p> <p>Asimismo podrá ser complementario al Adicional de Enfermería por franja horaria</p>	



(Submódulo 7) cuando se requiera condiciones de apoyo en situaciones de complejidad accesible y contando con personal capacitado para la atención o funciones de alerta apropiadas. También podrá aplicarse para condiciones de cuidado básico de manera sumatoria, asociado a algún módulo principal.

La suma total de cuidados por hora, enfermería y cuidadores / asistentes domiciliarios (Submódulo 7 y Submódulo 8), no podrá ser mayor a 16 horas diarias.



SUB-MODULO 9		ADICIONAL ASISTENCIA PSICOSOCIAL	
Definición			
<p>El siguiente submódulo puede incorporarse a los módulos principales en función de los requerimientos de los pacientes en lo relacionado a asistencia profesional en situaciones específicas (ej: acompañamiento intensivo inicial en cuidados paliativos, enfermedades seculares catastróficas con impacto en el entorno familiar), no pudiendo utilizarse de manera aislada. A tal fin se considera la intervención en domicilio de especialistas relacionados al enfoque: Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social, Terapia Ocupacional.</p> <p>El criterio de adjudicación del submódulo quedará sometido a dictamen de auditoría médica.</p>			
Código Nomenclador IAPOS			
Código: 38.90.19			
Valorización Módulo			
<p>1. Componente Prestacional Asistencial: Se valorizan las prácticas asistenciales necesarias para la implementación del dispositivo.</p> <p>2. Gastos Administrativos: Se establece en un 15% del valor prestacional del módulo y contempla todas las actividades a realizar por las empresas prestadoras que estén relacionadas con actos administrativos y de logística, que sean necesarios para la adecuada prestación de los servicios.</p>			
MÓDULO 9	Valor unitario	Prestaciones mensuales	Valor mensual
Valor horario por profesional	\$ 135,30	8	\$ 1082
Valor mensual prestacional			\$ 1082
Gastos administrativos			15%
Valor Mensual Módulo			\$ 1.245
Valor Diario Módulo			\$ 41



20

000034

n 4 JUN 2014

MODULO 10		AUDITORÍA EN TERRENO Y CONTROL EN EFECTORES	
Definición			
Este módulo está pensado para realizar a través de servicios contratados, la auditoría en terreno ya sea en instituciones de internación o en el domicilio de los afiliados. Podrá ser solicitada por IAPOS ya sea para control médico, control de prácticas de enfermería o de cualquier servicio adicional (kinesioterapia, fonoaudiología, nutrición, terapia ocupacional, etc.). El mismo podrá ser realizado por médicos, asistentes sociales u otros profesionales asignados por el Instituto, dando especial rol y preponderancia a instituciones de referencia en el ámbito de la salud pública.			
Código Nomenclador IAPOS			
Código: 38.90.20			
Valorización Módulo			
1. Componente Prestacional Asistencial:			
MÓDULO 10	Valor unitario	Prestaciones mensuales	
Control Asistencial Programado	\$ 330	3	
Valor Módulo		\$ 990	
El módulo incluye de manera mandatoria la confección de un informe escrito de la evaluación realizada por los prestadores, el cual será auditado en cuanto a su pertinencia por Auditoría Médica.			



04 JUN 2014

Coberturas Adicionales o Complementarias

- **Oxigenoterapia** : según normativas vigentes.
- **Nutrición** : según normativas vigentes.
- **Elementos de asistencia (cama ortopédica, elementos de apoyo, nebulizadores, aspiradores, elevador de inodoros, grúa para pacientes, pañales, insumos y descartables para planes prolongados de hidratación parenteral)** : según normativa vigente (actualmente por Sistema de Servicio Complementario).
- **Prácticas bioquímicas** : según convenios vigentes
- **Radiología a domicilio** : incluida en módulos
- **ECG a domicilio** : incluida en módulos como consulta o interconsulta con especialista.



ANEXO II: Tipificación del Servicio – Alcances de la Cobertura

1. Descripción

El "Programa de Cuidados Domiciliarios" es un dispositivo de atención de salud, destinado a brindar al paciente y a su familia, asistencia en domicilio, a fin de promover, prevenir, recuperar y rehabilitar a los pacientes en aquellos casos en que su situación de salud lo permita y en los que se encuentren dadas las condiciones de contención y socioeconómicas en el núcleo familiar, para que este dispositivo pueda ser llevado adelante. La misma abordará aspectos relacionados con la salud física y psicoemocional del paciente y su entorno inmediato.

2. Objetivos y Población objetivo (Destino)

Brindar atención a afiliados de IAPOS que presenten patologías o condiciones de salud que son pasibles de ser tratadas o abordadas en el domicilio, con las características de requerimientos descriptas en cada módulo, siempre que las condiciones socioeconómicas, de higiene y de contención familiar, sean las adecuadas para llevar adelante este dispositivo.

3. Contraindicaciones:

Las mismas están relacionadas con:

- Factores médicos que determinen que el domicilio no es el lugar más adecuado para la atención del paciente en la medida que la implementación de prácticas y/o tratamientos en un espacio distinto de la red de salud, puede mejorar el estado de salud o la situación de confort del paciente. Esto incluye aquellas situaciones en donde la asistencia en domicilio no brinde mejoras fehacientes en el estado de salud o contención del paciente, pudiendo el mismo ser asistido en forma ambulatoria por los canales habituales de atención. Estas situaciones podrán ser consignadas tanto por el Instituto, a través de su departamento de auditoría como por las empresas prestadoras luego de la evaluación del paciente. La contraindicación médica para el inicio o continuidad del dispositivo es motivo suficiente para que el paciente no sea incluido en el programa o para que no se suspenda la continuidad del mismo.

Factores relacionados con el entorno, como falta de contención familiar, imposibilidad de familiares de hacerse cargo del paciente, malas condiciones de



higiene, zonas de difícil acceso para el equipo de salud y carencias socioeconómicas que impidan garantizar el adecuado desarrollo del dispositivo, se constituyen en contraindicaciones para el despliegue o continuidad de esta modalidad de atención. El cambio de domicilio real del paciente, implicará una nueva evaluación por parte del Instituto o de las empresas prestadoras.

4. Características de las prestaciones:

Las prestaciones a brindar por las empresas contratadas, deberán ajustarse a esta descripción no exceptuando a la misma de realizar aquellas actividades propias e inherentes a su función que no se encuentren incluidas en este apartado.

Control Médico

- Evaluación diagnóstica
- Examen físico
- Confección de indicaciones y recetas
- Solicitud estudios complementarios
- Contacto con médico de cabecera y/o equipo de referencia.
- Solicitud de interconsultas y gestión de traslados
- Comunicación a familiares
- Comunicación con auditoría de IAPOS
- Elaboración de informe mensual y a demanda por parte del Instituto

Visita Enfermería

- Control signos vitales
- Curación heridas y escaras
- Administración de medicación IM, EV, VO, SC y cuidados de vías.
- Recambio sonda vesical
- Aspiración secreciones
- Elaboración de informe mensual y a demanda
- Duración visita no menor a 20 minutos
- Asesoramiento a cuidadores
- Cuidados ostomías (traqueostomía, gastrostomía, yeyunostomía)

Kinesioterapia

- Kinesioterapia respiratoria (incluye aspiración de secreciones)
- Kinesioterapia motriz
- Elaboración de informe mensual y a demanda



04 JUN 2014.

Duración sesión no menor a 30 minutos

Fonoaudiología

Rehabilitación de la fonación

Rehabilitación de la deglución

Elaboración de informe mensual y a demanda

Duración sesión no menor a 30 minutos

Asistencia psicosocial

Intervención individual y familiar

Duración de la sesión no menor a 50 minutos

Elaboración de informe mensual y a demanda

Estas prestaciones serán provistas y supervisadas por las empresas contratadas, quedando bajo su responsabilidad no sólo las características de las mismas, sino también la realización de éstas por profesionales idóneos y habilitados a tal efecto.

De la misma manera, las empresas se comprometen como parte de sus prestaciones a proveer un mecanismo de contacto permanente, disponible y explícito para asistir a los afiliados (ej.: número telefónico) en las situaciones que pueda requerirse su servicio.

Las entrevistas iniciales con el paciente y/o grupo familiar estarán coordinadas y realizadas por la empresa prestadora de servicios.



25

000034

04 JUN 2014.

ANEXO III: CIRCUITO DE SOLICITUD, INGRESO, PERMANENCIA Y FINALIZACIÓN

a) **Solicitud de cobertura de asistencia domiciliaria por parte del médico de cabecera o médico tratante** : El médico solicitante confeccionará un pedido médico según la ficha provista por IAPOS en el Anexo IV (Ficha de solicitud de cobertura - Cuidados Domiciliarios).

b) **Evaluación de Auditoría IAPOS**: El pedido médico será evaluado considerando la pertinencia del mismo de acuerdo a la patología del paciente y a los datos consignados en la Ficha de solicitud de cobertura - Cuidados Domiciliarios. El pedido podrá ser evaluado y, en caso de ser autorizado, adecuado a los módulos descritos en este Programa por parte del departamento de auditoría del instituto.

c) **Autorización de la práctica** : Una vez determinada la pertinencia y la viabilidad de la implementación del dispositivo, se procederá a la autorización inicialmente por el lapso de un mes (1 mes) con posibilidad de prórroga posterior. En el momento de comunicar el dictamen de auditoría, se le entregará a los representantes del afiliado un esquema de las INCLUSIONES de el/los módulo/s que se hayan autorizado para facilitar el rol activo en el contralor de la prestación en el domicilio.

d) **Selección de prestadores** : Los responsables de la tramitación del beneficio seleccionarán un prestador del listado vigente.

e) **Entrevista con paciente y/o familiares a cargo** : A fin de garantizar que estén dadas las condiciones para la implementación del dispositivo, el prestador o la empresa prestadora, entrevistará al paciente y los encargados responsables de su grupo familiar. En la misma se abordará el alcance de las prestaciones y el rol de la familia en el desarrollo del programa. Se procederá a la lectura y firma del Consentimiento Informado (ver ANEXO VI). En esta evaluación considerarán las condiciones médicas, socioeconómicas, de contención familiar y la eventual necesidad de servicios adicionales necesarios para dar inicio a las prestaciones (oxigenoterapia, elemento de asistencia, etc.). El plazo entre la solicitud de la atención al prestador (una vez autorizada la práctica por parte del instituto), la realización de la entrevista y el inicio de cobertura deberá no ser mayor a 2 días hábiles.



04 JUN 2014

f) **Inicio de las prestaciones:** Una vez autorizado el ingreso al Programa por parte del Instituto y garantizada la viabilidad por parte de la empresa prestadora y su compromiso de atención, se darán inicio a las prestaciones consignadas en cada módulo. Será responsabilidad de los beneficiarios, comunicar al Instituto (sector de auditoría médica) la selección de la empresa prestadora elegida para llevar adelante las prestaciones.

g) **Evaluación mensual de evolución:** Mensualmente los prestadores deberán presentar un resumen de historia clínica donde conste el estado y evolución del paciente (resumen médico clínico y resumen de atención de enfermería). Este informe se complementará con los informes de kinesiología, fonoaudiología y / o equipo de asistencia psicosocial de ser pertinente, y serán evaluados por Auditoría IAPOS a fin de autorizar el módulo para una prórroga o bien planificar el alta del dispositivo según evolución.

h) **Control de prestaciones:** Para garantizar la cantidad y calidad de las prestaciones recibidas por los afiliados se establecerá contacto con los familiares o el paciente. Este contacto podrá ser llevado adelante por vía telefónica (a través de 0-800-444 4276 o por los mecanismos que se encuentren vigentes al momento de realizarse el control), con visitas de auditores o inspectores en terreno, por asistente social o por entidades pública o privadas externas que el IAPOS determine. Las prestaciones serán avaladas por el paciente o familiares a través de la firma de la planilla de prestaciones realizadas o la confección de actas de inspección. En casos particulares y de ser necesario a efectos del contralor prestacional, podrá requerirse la presentación de Certificación de Supervivencia para dar continuidad a la cobertura.

i) **Reuniones periódicas con prestadores:** Podrán establecerse reuniones periódicas con los prestadores a fin de evaluar la evolución de los pacientes y tratar las dificultades que pudiesen surgir en la relación financiador / prestador y consensuar el discurso y la información hacia el afiliado y sus familiares.

j) **Finalización del dispositivo:** En caso de óbito, internación en instituciones, recuperación o alta voluntaria, la empresa deberá informar el motivo a la Auditoría IAPOS, procediéndose a ajustar la facturación en base al prorrateo de los días en que la prestación se realizó en forma efectiva (de acuerdo al valor diario pautado). Esta información deberá presentarse al momento de la próxima facturación.

k) **Facturación:** La facturación incluirá:



- Planilla de prestaciones realizadas, firmadas en consentimiento por familiares responsables o por el paciente.
- Resumen de evolución del paciente, firmado por el Director Médico responsable de la empresa contratada.
- Se incluirán en caso de ser pertinentes, informes adicionales de evolución, ya sea por prestaciones realizadas por kinesiólogos, fonoaudiólogos, enfermería, equipo psicosocial u otro profesional asignado a la atención del paciente.

→ **En caso que el paciente sea internado en una institución por un lapso menor o igual a 3 días, no se procederá a realizar ajuste de la facturación. Esta situación deberá estar consignada en el resumen mensual de evolución y podrá ser verificada con los registros existentes en IAPOS en los sectores de Afiliaciones (ej.: supervivencia) y Dirección General de Planificación y Control de Gestión (ej.: consumos, internaciones).**

DURACIÓN DE LOS DISPOSITIVOS:

Se considerará la pertinencia en cada caso particular en base al pedido médico del profesional de cabecera del paciente, y al análisis y evaluación del mismo por parte del departamento de auditoría del instituto.

Cabe destacar que el Programa de Cuidados Domiciliarios está destinado a ser acotado en el tiempo que requiera la resolución o estabilización de patología y/o condición que dio origen al pedido, disponiendo el instituto de otros dispositivos que pueden ser útiles en la asistencia de sus afiliados con condiciones crónicas.



28

000034

04 JUN 2014

**ANEXO IV: Ficha de solicitud de cobertura -
Cuidados Domiciliarios**

A completar por médico solicitante:

NOMBRE DEL PACIENTE	
DIRECCION	
TELEFONO	
LOCALIDAD	
EDAD	
N° AFILIADO	
FAMILIAR DE CONTACTO	
DIRECCION	
LOCALIDAD	
E-MAIL	
TELEFONO 1	
TELEFONO 2	
MEDICO DE CABECERA Y/ O SOLICITANTE	
NOMBRE:	
MATRÍCULA:	
TELEFONO PARA CONTACTO	
INSTITUCIÓN EN LA QUE TRABAJA	
FECHA DE SOLICITUD	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	
DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	



29

000034

04 JUN 2014

RESUMEN CLINICO

DURACIÓN ESTIMADA DE COBERTURA

..... Meses

Adjuntar en hoja aparte, y de ser necesario incluir resultados o informes de exámenes complementarios incluyendo laboratorios.

RESERVADO A AUDITORÍA MÉDICA – IAPOS:



04 JUN 2014

MODULO/S AUTORIZADO/S: Marque con una cruz, círculo o texto según corresponda.

Paciente Adulto	
Paciente Pediátrico	
MÓDULOS PRINCIPALES	
	MÓDULO 1 - ASISTENCIA INTENSIVA DE CUIDADOS EN DOMICILIO (máximo: 1 mes)
	MÓDULO 2 - ASISTENCIA ESTANDAR DE CUIDADOS EN DOMICILIO
	MÓDULO 3 - CUIDADOS DE ENFERMERÍA CON CONTROL MÉDICO
	MÓDULO 4 - REHABILITACIÓN CON CONTROL MÉDICO
LOS SIGUIENTES SUBMÓDULOS NO PUEDEN SOLICITARSE DE MANERA AISLADA	
	SUBMÓDULO 5 - ADICIONAL PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA (Sólo se puede añadir un (1) Submódulo 5 a un módulo principal, si las características de las prestaciones cumplen con las características descritas en el programa).
	SUBMÓDULO 6a - ADICIONAL ASISTENCIA KINESIOTERÁPICA Y/O FONOAUDIOLÓGICA (Sólo se puede añadir un (1) Submódulo 6A o 6B a un módulo principal)
	SUBMÓDULO 6b - ADICIONAL ASISTENCIA KINESIOTERÁPICA Y/O FONOAUDIOLÓGICA (Sólo se puede añadir un (1) Submódulo 6A o 6B a un módulo principal)
	SUBMÓDULO 7 - ADICIONAL ENFERMERÍA x FRANJA HORARIA Marcar la cantidad solicitada → 4 / 6 / 8 / 10 / 12 / 14 / 16 hs.
	SUBMÓDULO 8 - ADICIONAL CUIDADORES/ASISTENTES DOMICILIARIOS Consignar la cantidad solicitadahs/día. De lunes a viernes Consignar la cantidad solicitadahs/día. Sábados y Domingos (Este Submódulo puede ser solicitado de manera aislada)
	<i>Los submódulos 7 y 8, están orientados a situaciones especiales de atención y su pedido deberá ser adecuadamente justificado y documentado en la solicitud. La suma de horas de asistencia entre Submódulo 7 y 8, no podrá ser mayor a 16 horas totales por día.</i>
	SUBMÓDULO 9 - ADICIONAL ASISTENCIA PSICOSOCIAL
OBSERVACIONES	

* Recuerde entregar a los representantes del afiliado un esquema de las INCLUSIONES de lo autorizado

Firma y sello médico auditor

Conformidad Afiliado

Fecha:

Firma, aclaración y fecha:



ANEXO V: Resumen de módulos prestacionales ofrecidos por el programa

A continuación se describen los módulos disponibles para asistencia en Cuidados domiciliarios. Los mismos están categorizados según la frecuencia de prestaciones necesarias. Se podrá elegir el módulo principal que cubra las necesidades del paciente, pudiendo de ser necesario y pertinente, añadir los submódulos prestacionales complementarios que se requieran.

La medicación será provista con cobertura al 100% en medicación endovenosa, intramuscular o subcutánea. La medicación vía oral se cubre según normativas vigentes previstas para pacientes ambulatorios o crónicos. Servicios adicionales como nutrición, oxigenoterapia o elementos de asistencia deberán ser solicitados a través de los circuitos establecidos por el instituto (Beneficios Especiales y/o Servicio Complementario).

MÓDULO 1 - ASISTENCIA INTENSIVA DE CUIDADOS EN DOMICILIO

Módulo orientado a patologías que requieren asistencia médica y de enfermería en forma intensiva por un período determinado.

Destinado a situaciones como las que se enumeran a continuación, tanto para pacientes adultos y pediátricos (sólo a modo de ejemplificación, pudiendo aplicarse a patologías o condiciones distintas a las planteadas a criterio consensuado con auditoría médica IAPOS):

- Paciente secuelar ACV de ocurrencia reciente,
- Externación inmediata de fractura de cadera, con control de herida quirúrgica
- Paciente EPOC en fase de descompensación
- Tratamiento dolor paciente paliativo oncológico
- ARM dependientes. Enfermería especializada
- Traqueostomía de alto requerimiento
- Pacientes con trastornos neuromusculares
- Pacientes EPOC o con enfermedad fibroquística
- Incluye situaciones consignadas en el Módulo 3 que se presenten en forma concurrente.



04 JUN 2014

PRESTACIONES CUBIERTAS: Se presenta la distribución de las mismas en base semanal.

MÓDULO 2 - ASISTENCIA ESTANDAR DE CUIDADOS EN DOMICILIO

Módulo orientado a aquellas situaciones que requieran controles médicos y de enfermería en base no intensiva.

Destinado a situaciones como las que se enumeran a continuación, tanto para pacientes adultos y pediátricos (sólo a modo de ejemplificación, pudiendo aplicarse a patologías o condiciones distintas a las planteadas a criterio consensuado con auditoría médica IAPOS):

- Secuelar ACV fase estabilización
- Recuperación de fractura de cadera
- Paciente EPOC estable
- Cuidados paliativos en fase estable
- Paciente con oxigenoterapia estable
- Hipoxia cerebral
- Traumatismo de cráneo

PRESTACIONES CUBIERTAS: Se presenta la distribución de las mismas en base semanal.



MÓDULO 3 - CUIDADOS DE ENFERMERÍA CON CONTROL MÉDICO

Módulo orientado a aquellas situaciones que requieran cuidados y prácticas de enfermería de manera frecuente, con control médico de evolución.

Destinado a situaciones como las que se enumeran a continuación, tanto para pacientes adultos y pediátricos (sólo a modo de ejemplificación, pudiendo aplicarse a patologías o condiciones distintas a las planteadas a criterio consensuado con auditoría médica IAPOS):

- Curación de heridas postquirúrgicas
- Curación de escaras y lesiones
- Realización de medicación endovenosa, intramuscular o subcutánea.
- Tratamiento dolor paciente oncológico (administración fármacos reglados).
- Realización de quimioterapia o cuidados paliativos
- Controles de ostomías (colostomía, yeyunostomía, traqueostomía)
- Pacientes oxígeno dependientes
- Pacientes traqueostomizados con o sin necesidad de oxígeno

PRESTACIONES CUBIERTAS: se presentan en base semanal.

MÓDULO 4 - REHABILITACIÓN CON CONTROL MÉDICO

Módulo orientado a aquellas situaciones que requieran controles médicos y prácticas de rehabilitación en base no intensiva.

Destinado a situaciones como:

- Secuelar ACV fase estabilización
- Enfermedad de Parkinson en estadio terminal
- Postquirúrgicos de pacientes traumatológicos
- Patologías neuromusculares



PRESTACIONES CUBIERTAS: se presentan en base semanal y luego son valorizadas por mes y en forma diaria para cálculo parcial de módulos:

SUBMODULO 5 - ADICIONAL PRACTICAS DE ENFERMERIA

En caso de que la patología del paciente lo requiera, se podrá anexar este submódulo a cualquiera de los módulos principales, que incluye 7 visitas semanales de enfermería. Las situaciones que puedan requerir su utilización pueden estar relacionadas a administración de medicación endovenosa, hidratación parenteral o controles frecuentes de signos vitales (presión arterial, saturación de oxígeno).

Sólo se podrá añadir un (1) Submódulo 5 a un módulo principal

SUBMODULO 6a y 6b - ADICIONAL ASISTENCIA KINESIOTERÁPICA Y/O FONOAUDIOLÓGICA

Los siguientes submódulos pueden incorporarse a los módulos principales en función de los requerimientos de los pacientes en lo relacionado a rehabilitación kinesioterápica o fonoaudiológica. Se establecen dos categorías en función de los requerimientos del paciente.

SUBMÓDULO 6a: Corresponde a 20 prestaciones mensuales de kinesioterapia

SUBMÓDULO 6b: Corresponde a 12 prestaciones mensuales de kinesioterapia y/o fonoaudiología

Sólo se podrá añadir un (1) submódulo 6a o 6b a un módulo principal

SUBMODULO 7 - ADICIONAL ENFERMERÍA POR FRANJA HORARIA

En caso de que la patología o la situación del paciente lo requiera, se considerará la necesidad de cuidados de enfermería por hora. Esta asistencia está reservada sólo para casos de complejidad extrema y requisitoria de manejo especializado (Ej.: niños y/o adultos con ARM) El otorgamiento del mismo se realizará



en base a franjas horarias de 4, 6, 8, 10, 12, 14 o 16 horas, siendo el máximo a solicitar 16 horas diarias.

La suma total de cuidados por hora, enfermería y cuidadores / asistentes domiciliarios (Submódulo 7 y Submódulo 8), no podrá ser mayor a 16 horas diarias.

SUBMÓDULO 8 – ADICIONAL CUIDADORES / ASISTENTES DOMICILIARIOS

En caso de que la patología o la situación del paciente lo requiera, se considerará la necesidad de asistencia o cuidados domiciliarios en base a la situación particular del paciente y su entorno familiar. Esta asistencia no reemplaza ni se superpone con la necesidad de contención y asistencia por parte del grupo familiar del paciente, y su autorización se basará en las estrictas necesidades del paciente en función de su patología.

Este submódulo podrá ser complementario al Adicional de Enfermería por franja horaria (Submódulo 7) cuando se requiera condiciones de apoyo en situaciones de complejidad accesible y contando con personal capacitado para la atención o funciones de alerta apropiadas. También podrá aplicarse para condiciones de cuidado básico de manera sumatoria, asociado a algún módulo principal.

La suma total de cuidados por hora, enfermería y cuidadores / asistentes domiciliarios (Submódulo 7 y Submódulo 8), no podrá ser mayor a 16 horas diarias.

SUBMODULO 9 - ADICIONAL ASISTENCIA PSICOSOCIAL

Este submódulo puede incorporarse a los módulos principales en función de los requerimientos de los pacientes en lo relacionado a asistencia profesional en situaciones específicas (ej: acompañamiento intensivo inicial en cuidados paliativos, enfermedades secuelas catastróficas con impacto en el entorno familiar). A tal fin se considera la intervención en domicilio de especialistas relacionados al enfoque: Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social, Terapia Ocupacional.

Este submódulo implica la realización de 8 visitas mensuales.



ANEXO VI: REQUISITOS PARA INCORPORACIÓN DE PRESTADORES

Descripción General

- Requisitos generales sobre conformación del staff, con currículum de coordinador médico, coordinador de enfermería y equipo
- Declaración Jurada certificada de los miembros del staff
- Requisitos administrativos e impositivos para adherir al pago prestacional por transferencia electrónica
- Información de contenidos e inclusiones de los módulos prestacionales
- Compromiso de gestión y auditoría compartida de servicios

La Obra Social sólo autorizará la implementación del presente programa de atención domiciliaria y el pago de las prestaciones correspondientes, a los profesionales y empresas que acrediten los requisitos necesarios para ofrecer el servicio requerido y que estén inscriptos como prestadores dentro de las normativas de la presente Disposición General.

A tales efectos se habilitará un Registro de Profesionales y Centros Especializados en la Dirección General de Planificación donde deberá presentarse la solicitud de inscripción.

Equipos de Atención Domiciliaria

Deberán acreditar experiencia en el manejo de las situaciones clínicas planteadas de manera genérica en los módulos, con una descripción de la experiencia laboral en la atención (de contar con esos antecedentes).

El grupo prestador, empresa o institución deberá tener su correspondiente habilitación para la práctica médica del equipo a través de la entidad reguladora pertinente según el caso (Auditoría Médica de la Provincia, Colegio de Médicos, Colegios de Enfermería, etc), como así también informar y documentar su condición ante la AFIP. Deberá contar básicamente con las siguientes figuras integrantes definidas y la correspondiente documentación del staff que integrante del equipo:

• **Coordinador responsable**



04 JUN 2014

- Médico
- fotocopia título habilitante
- fotocopia título especialidad
- fotocopia DNI (1ª y 2ª hoja)
- curriculum vitae abreviado
- constancia de inscripción y matrícula habilitante
- **Enfermería / Kinesiología / Fonoaudiología / Psicología / Trabajo Social / Terapia Ocupacional**
- fotocopia título habilitante
- fotocopia DNI (1ª y 2ª hoja)
- curriculum vitae abreviado
- constancia de inscripción y matrícula habilitante

Todos los miembros de staff deberán firmar la Declaración Jurada adjunta para ser incorporados como prestadores.

A nivel documental de las prácticas domiciliarias, el equipo deberá contar con formato ad hoc definido de planillas de cuidado diario de enfermería e informes clínicos, con evidencia de registro de historias clínicas o legajos de pacientes incorporados al programa (impreso y auditable por inspectores de la obra social)

Los prestadores interesados (individuales, grupales, institucionales) deberán presentar toda la documentación solicitada en dependencias de la Dirección General de Planificación. Esta se expedirá sobre las cualidades y cumplimiento de lo establecido en las condiciones de inclusión por parte de los equipos prestadores postulantes. Así mismo, cuando sea considerado necesario, la Dirección General de Prestaciones dispondrá de visitas por agentes de la obra social (inspectores, auditores, asistentes sociales) a los grupos o instituciones prestadoras para evaluar la evolución y registros clínicos de los afiliados en cobertura del programa.



04 JUN 2014

FORMULARIO DE DECLARACION JURADA PARA PRESTADORES*PARA SER CUMPLIMENTADA POR CADA MIEMBRO DEL STAFF EN FORMA INDIVIDUAL*

Apellido y Nombre

Matrícula Profesional N°..... Título Profesional Expedido por

Documento de Identidad - Tipo N°

Domicilio Constituido

Localidad Código Postal

Domicilio Laboral:

Teléfono:..... Especialidad:.....

Institución que otorga el título.....

C.U.I.T. N° Af. Caja Jubilaciones N°

El que suscribe el presente instrumento, el que a su vez reviste el carácter de declaración jurada, solicita su inscripción en el Registro de Prestadores para brindar atención de su especialidad a los beneficiarios de la Obra Social I.A.P.O.S., comprometiéndose por el presente a:

1) Prestar servicios a los afiliados del I.A.P.O.S., que demanden los mismos, de conformidad a lo establecido en la Disposición G N°/14, que declara conocer.

2) Aceptar expresamente que el pago de las prestaciones objeto de este contrato serán efectivizadas por el I.A.P.O.S. mediante el pago de la facturación que el mismo presente a esta Obra Social, y de acuerdo a la Disposición General N°/14, siendo tales pagos, cancelatorios de las obligaciones contraídas por el I.A.P.O.S. a su respecto.

3) Asimismo declara y se obliga a no efectuar discriminaciones respecto de los afiliados de I.A.P.O.S., a no cobrar suma alguna por ningún concepto respecto de las prácticas que se efectúen, prestando los servicios que le sean requeridos por los afiliados de I.A.P.O.S. También acepta que en el caso de que se constate en forma fehaciente el cobro de algún tipo de adicional al afiliado de la Obra Social, presta su conformidad para que dicha diferencia le sea debitada de la facturación que el I.A.P.O.S. tenga pendiente de pago, sin perjuicio de las medidas disciplinarias adicionales que pudieran corresponder.



39

000034

04 JUN 2014

En el acto de firma de la presente, el que suscribe se da por notificado que el incumplimiento de las obligaciones acordadas en el presente, dará derecho al "I.A.P.O.S." a suspenderlo y/o darle de baja y/o ejercer las acciones legales que pudieran corresponder. A tales efectos, la denuncia de un afiliado asistido o de un familiar del mismo ante el "I.A.P.O.S." y/o los informes de los auditores y/o personal habilitado por el I.A.P.O.S. sobre una irregularidad y/o incumplimiento por parte del prestador, serán causa suficiente para proceder a solicitarle el descargo pertinente en el término de cinco (5) días hábiles; si el descargo no fuese diligenciado en los tiempos fijados para hacerlo y/o lo suficientemente fundado, el I.A.P.O.S. podrá disponer en forma unilateral la suspensión o baja del infractor del Registro de Prestadores, de acuerdo a las circunstancias de cada caso.

EL PRESENTE INSTRUMENTO NO DEBERA TENER TACHADURAS NI ENMIENDAS, SALVO QUE ESTEN DEBIDAMENTE SALVADAS ANTES DE SU FIRMA. SE DEJA CONSTANCIA QUE CUALQUIER MODIFICACIÓN VERIFICADA EN EL TEXTO ORIGINAL -SIN LA ANTEDICHA SALVEDAD- IMPLICARÁ LA INEFICACIA E INVALIDEZ DEL PRESENTE INSTRUMENTO.

Firma y Sello

Ciudad y Fecha



ANEXO VII: CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE Y FAMILIARES

CONSENTIMIENTO INFORMADO CUIDADOS DOMICILIARIOS - INTERNACIÓN DOMICILIARIA ATENCIÓN EN DOMICILIO - CUIDADOS PALIATIVOS

Condiciones, alcances del servicio
y consentimiento para el inicio y mantención del dispositivo

Objetivo del servicio:

Los dispositivos de cuidados en domicilio en todas sus modalidades (internación domiciliaria, atención en domicilio y cuidados paliativos) tiene por objetivo brindar a los afiliados que se encuentren dentro del territorio de la provincia de Santa Fe, la atención necesaria por parte del equipo de salud, que permita el tratamiento o la asistencia de condiciones que por sus características, pueda ser llevada adelante en el domicilio del paciente, brindando las mismas en el ámbito de contención familiar habitual del paciente. Esta asistencia no se hace extensiva a lugares físicos distintos al domicilio real declarado por la familia y evaluado oportunamente por la empresa prestadora, excluyendo asistencia en internaciones sanatoriales, consultorios ambulatorios u otro tipo de instituciones de salud, quedando las mismas a cargo de los profesionales de cabecera del afiliado. Cualquier cambio de domicilio de asistencia del afiliado consignado en este documento, deberá comunicarse a equipo tratante con al menos 72 hs. de antelación y el mismo se reservará el derecho de continuar o no con el servicio, previa evaluación de las condiciones del nuevo domicilio.

Rol del Equipo Asistencial:

A los efectos de cumplir los objetivos del presente programa, IAPOS cuenta con equipos interdisciplinarios de salud contratados a tal fin, que incluye médicos, enfermeros, kinesiólogos, fonoaudiólogos y otros profesionales de la salud que pueden ser necesarios en la asistencia del paciente. La asignación de estos recursos en cuanto a su necesidad y periodicidad de visitas está definido en los distintos módulos de este programa y ha sido consensuado en la solicitud de inicio del servicio por parte del médico de cabecera o solicitante. En este sentido, la familia deberá garantizar la realización de controles, evaluaciones, estudios u otra indicación realizada por los mismos. La asistencia en domicilio complementa la atención brindada por los profesionales tratantes o médicos de cabecera, y el equipo de asistencia domiciliaria



04 JUN 2014

estará a disposición de éstos profesionales a fin de articular con ellos la mejor asistencia del afiliado. La realización de certificados, resúmenes de historia clínica, notas u otra documentación deberán ser autorizados por la coordinación médica de cada servicio contratado.

El régimen de visitas del personal asistencial del Servicio de Internación Domiciliaria, son de carácter programadas para todos sus profesionales, de modo que ante situaciones consideradas por el paciente y/o persona responsable que asiste al enfermo, como urgencias y/o emergencias deberá llamar y acudir al servicio del S.I.E.S (Servicio Integrado de Emergencia Sanitarias- "107") o a otro servicio privado contratado en forma independiente por el paciente o su familia. Un médico del equipo de asistencia domiciliaria, estará disponible telefónicamente para definir junto con el servicio de urgencia la conducta a seguir.

El servicio incluye:

(i) La asistencia del equipo de salud en función de las necesidades específicas determinadas según criterio y evaluación de auditoría médica consignadas en los módulos de asistencia.

(ii) Un teléfono de contacto en caso de ser necesario disponible las 24 hrs, tanto para la familia, cuidadores, médicos tratantes o servicios de urgencia.

(iii) Material descartable según las necesidades determinadas según evaluación puntual y exclusivamente en base al criterio del médico de seguimiento.

Los insumos y medicación puestos a disposición del equipo para asistir adecuadamente al paciente. En caso de discontinuarse el servicio el material no utilizado será retirado del domicilio por personal de la empresa.

Los servicios adicionales (como oxigenoterapia, traslados o nutrición), la provisión de medicamentos y de elementos de asistencia (andadores, camas ortopédicas, bastones, colchones antiescaras, pañales, etc.), insumos y descartables de cuidado diario, quedan contemplados en las modalidades ya previstas por el instituto.

Quedan excluidas las prestaciones o requerimientos no abordados por este programa o por otros mecanismos brindados por la obra social.

Rol del Grupo familiar:

Resulta condición necesaria e indispensable la existencia, acompañamiento y colaboración activa del grupo familiar o entorno afectivo del paciente el cual será asesorado por el personal de Asistencia Domiciliaria. De la misma manera, será la familia quien garantice las condiciones estructurales e higiénicas del domicilio para la adecuada implementación del dispositivo.



42

000034

04 JUN 2014

Se identificará al menos a un familiar que será responsable e interlocutor con el personal del equipo de Asistencia Domiciliaria. El mismo deberá consignar su parentesco o relación, un teléfono de contacto permanente y en caso de ser necesario, los datos de otros referentes del entorno familiar.

La elección de los prestadores estará a cargo de los familiares y responsables del paciente, dentro del marco del listado de prestadores vigentes al momento de dar inicio al programa.



43

000034

04 JUN 2014

CONSTANCIA DE CONFORMIDAD:

Por la presente tomo conocimiento y he comprendido lo expresado en este documento en relación al alcance y condiciones de prestación del Programa de Cuidados Domiciliarios y presto mi conformidad y acepto los términos de éste, habiendo evacuado las dudas o aclaraciones pertinentes para que

Afiliado
Nº IAPOS con domicilio real de asistencia, en calle..... Nº..... de la localidad de, sea admitido en el programa, y reciba la atención en domicilio a través de los equipos contratados a tal fin por parte del Instituto Autárquico Provincial de Obra Social (IAPOS).

Familiar responsable a cargo:

DNI: **Parentesco:**

Teléfono de contacto 1:

Teléfono de contacto 2:

Dirección:

e-mail:

Fecha, firma, aclaración y DNI

Responsable alternativo:

DNI: **Parentesco:**

Teléfono de contacto 1:

Teléfono de contacto 2:

Dirección:

e-mail:

Fecha, firma, aclaración y DNI



ANEXO VIII: CIRCUITO ADMINISTRATIVO PARA PRESENTACIÓN Y PAGO DE PRESTACIONES

Las facturaciones serán recepcionadas en las respectivas Áreas NORTE y SUR de la Dirección General de Prestaciones, con periodicidad mensual, del 01 al 15 de cada mes (o en fecha a determinar por el instituto), procediendo la Obra Social al pago de las mismas a los sesenta días de presentación de factura. La Obra Social no reconocerá adicionales por categorización INOS ni por ningún otro concepto.

El proceso de autorización, supervisión y autorización de prestaciones acordadas en el presente programa como su circuito de pago se detallan al final del presente Anexo.

Como norma general, los prestadores facturarán en base a la siguiente documentación y condiciones:

- a) Listado completo de pacientes en cobertura (consignando detalle de modalidad y fecha de inicio del tratamiento); esto permitirá cruzamiento para controles sobre condiciones de supervivencia del paciente (contra padrón de Afiliaciones) o continuidad de cobertura (ej: internaciones > 3 días en el período contra informes de Dirección General de Planificación y Control de Gestión) así como la visualización por parte de la auditoría de la continuidad de los dispositivos
- b) Presentación de facturas o liquidaciones conforme exigencias legales, acompañada de un resumen general en que conste importes parciales y totales de las prestaciones que se presentan al cobro.
- c) Pedido de prescripción de la práctica de acuerdo al formato sugerido por la Ficha de Solicitud de Cobertura (Anexo III), autorizada a pie por Auditoría Médica (con firma y sello de Médico Auditor).
- d) El bono correspondiente a la práctica (bono de internación), junto con la documentación de la atención dispensada en el período (ficha de resumen y detalle prestacional completo) bajo firma de conformidad por parte del afiliado beneficiario o familiares a cargo según Consentimiento Informado.

AUDITORIA MÉDICA

Quedará a cargo de Auditoría Médica intervenir en la autorización de los módulos solicitados, así como la agregación de los mismos (de corresponder) para



aplicar la cobertura de atención necesaria del caso, generando dictamen de Comité Técnico de Profesionales bajo firma y sello; si procediera conforme a criterio de auditoría (con la debida notificación y documentación escrita del razonamiento aplicado) se podrán ampliar los límites establecidos.

DOCUMENTACIÓN PARA FACTURAR PRESTACIONES

La documentación sobre la evolución del paciente que deberá ser presentada depende del ciclo de tratamiento en que se encuentre el paciente, y consistirá en lo siguiente (ver ANEXO II):

- Ficha de Solicitud de Cobertura (o continuidad del servicio)
- Presentación de planilla de prestaciones realizadas, y resumen de evolución del paciente (ver Anexo III punto j).

Esto se completa de manera secuencial cada mes enviando una copia de la Planilla y o resúmenes con lo prestado hasta el momento de la facturación, con firma del Coordinador del Equipo y conformidad del afiliado y o familiar responsable.



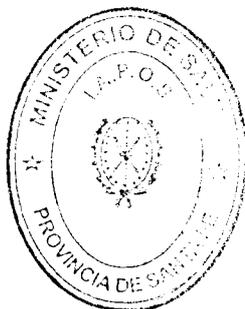
04 JUN 2014

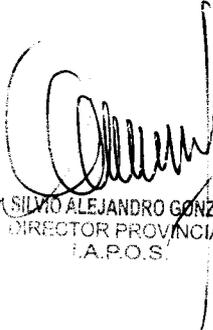
ANEXO IX: FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS ESPECÍFICOS

A fin de complementar la presente iniciativa con la necesaria formación y categorización de recursos humanos, capital básico para la integración y sostén adecuada de los cuidados continuos en el ámbito sanitario de la población, el Instituto hace explícito su compromiso de generar acuerdos para capacitaciones con entidades académicas (ej.: escuelas de enfermería) o institucionales (ej.: Desarrollo Social) para el desarrollo de RRHH con orientación a Cuidados Domiciliarios.

El objetivo es generar listado de prestadores idóneos, replicando modelos de listado de prestadores ("bolsas de trabajo") con salida laboral y social capacitada y reconocida mediante instancias formativas adecuadas a los requerimientos del enfoque sanitario del Instituto, en rubros específicos no homologados (ej: cuidador domiciliario) o insuficientes (ej.: enfermería pediátrica cuidados intensivos) en la oferta laboral actual para el sostén a largo plazo del proyecto.

En tal sentido, el Instituto dispondrá de los mecanismos administrativos para generar acuerdos y convenios de formación y homologación con las entidades que sean requeridas a tal fin.




DR. SILVANO ALEJANDRO GONZÁLEZ
DIRECTOR PROVINCIAL
I.A.P.O.S.