

LA PLATA, 23 AGO 2012

VISTO el expediente N° 2914-14181/12, iniciado por DIRECCION DE PROGRAMAS ESPECIFICOS caratulado: "SOLICITA IMPLEMENTAR UN PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES ONCOLOGICOS "CUIDARTE", y

CONSIDERANDO:

Que tratan las presentes actuaciones sobre el Proyecto de creación del Programa de Cuidados Paliativos para pacientes oncológicos "CUIDARTE";

Que a fojas 1/2, la Dirección de Programas Especificos informa que el proyecto pretende brindar un cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor, otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales, tratando de alcanzar la máxima calidad de vida posible para los pacientes y sus familiares;

Que a fojas 3/23, luce Proyecto del Programa de Cuidados Paliativos "CUIDARTE": El presente proyecto consta de los siguientes Anexos: Anexo 1- Introducción y Marco Jurídico: se basa en los antecedentes de la Organización Mundial de la Salud, y del Programa Médico Obligatorio del Ministerio de Salud de la Nación, el cual se adhiere a la promoción de la asistencia activa y total de los pacientes por un equipo multidisciplinario, cuando la expectativa de vida de los mismos no supera el lapso de doce (12) meses por no responder al tratamiento curativo que le fue impuesto. El programa fija como objetivos de esta modalidad asistencial el control del dolor y demás síntomas. Anexo 2- Objetivos Generales y Especificos: describe las prestaciones incluidas, los requisitos a cumplir por los equipos de cuidados paliativos para integrar el listado de prestadores, la solicitud de incorporación al listado de prestadores del Programa de Cuidados Paliativos para pacientes oncológicos "Cuidarte" y alcance del Programa. Anexo 3- Valores prestacionales: comprende módulos y Submódulos del tratamiento. Anexos 4: correspondiente al ingreso y circuito administrativo del Programa, circuito de ingreso y autorización, normas de facturación y planilla de derivación y de consentimiento informado. Anexo 5: correspondiente al circuito administrativo. Anexo 6: correspondiente a los ejemplares de instructivos para la

**4353 / 12**

carga de autorización "on line" por parte de los prestadores acreditados y folleto de difusión del Programa;

Que a fojas 25, la Dirección de Programas Específicos señala que la evaluación del gasto del Programa antes de su puesta en marcha es de difícil realización puesto que no se conoce la cantidad de prestadores que ofrecerán sus servicios ni las localidades de la Provincia en donde realizarán las prestaciones. De estas variantes depende la cantidad de afiliados que pueden llegar a solicitar los servicios que ofrece el Programa;

Que a fojas 26, la Dirección General de Prestaciones presta conformidad a los actuados y cree oportuno dar curso favorable a los mismos;

Que a fojas 27, la Dirección General de Administración toma conocimiento sin formular objeciones;

Que la Dirección de Relaciones Jurídicas a fojas 28 y vuelta interviene y eleva las presentes actuaciones a tratamiento del Honorable Directorio, estimando que el Proyecto planteado no implica sino el desarrollo de principios y lineamientos que coadyuvan a la más eficaz cobertura de la contingencia de salud;

Que el Departamento de Coordinación deja constancia que el Directorio en su reunión de fecha 13 de junio de 2012, según consta en Acta N° 24, RESOLVIÓ: Aprobar la nueva modalidad del Programa de Cuidados Paliativos para Pacientes Oncológicos denominado "CUIDARTE" y sus Anexos que como Anexo Unico formarán parte del acto administrativo a dictarse. Encomendar en el Director de Programas Específicos la elaboración del proyecto para la creación de un Registro de Prestadores de Cuidados Paliativos para Pacientes Oncológicos;

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

Por ello,

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

4353 / 12

ARTICULO 1º. Aprobar la nueva modalidad del Programa de Cuidados Paliativos para Pacientes Oncológicos denominado "CUIDARTE" y sus Anexos que como Anexo Unico formarán parte de la presente Resolución, ello en virtud de los considerandos que anteceden.

ARTICULO 2º. Encomendar en el Director de Programas Especificos la elaboración del proyecto para la creación de un Registro de Prestadores de Cuidados Paliativos para Pacientes Oncológicos.

ARTIC

Direcciones Generales y demás Direcciones intervinientes del Instituto para su conocimiento. Cumplido, archivar.

RESOLUCION N°

4353 / 12




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

ANEXO 1

PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA

PACIENTES ONCOLOGICOS

“CUIDARTE”

APARTADO 1: INTRODUCCION

La implementación por parte del IOMA del Programa de Cuidados Paliativos “CUIDARTE” para pacientes con enfermedad oncológica avanzada en su fase Terminal y con escasa respuesta a los tratamientos con intención curativa, tiene como principal objetivo dar respuesta a las necesidades prestacionales de las personas en el final de sus vidas. Estas necesidades son concretas, específicas y personalizadas, y requieren ser respondidas en el contexto cultural, social y sanitario donde vive la persona enferma y su familia.

La O.M.S. (Organización Mundial de la Salud), en su reporte técnico serie 804, Ginebra 1990, define a la Medicina Paliativa como “el área de la Medicina dedicada a la asistencia activa y total de los pacientes y sus familias, por un equipo interdisciplinario (integrado por médicos, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeras y voluntarios) cuando la enfermedad del paciente no responde al tratamiento curativo, con el objetivo de obtener una mejor calidad de vida, con procedimientos que lleven al alivio del dolor y otros síntomas de su enfermedad, al respeto de las necesidades y derechos del enfermo y a dignificar su vida”.

Los cuidados paliativos son aquellos que intentan mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados de una enfermedad en fase terminal, es decir en la etapa donde no responden a tratamientos específicos para curar o estabilizar la enfermedad; que por ello lleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a los 6 meses), siendo un proceso caracterizado por un nivel de sufrimiento físico, psíquico y familiar.

4353 / 12

APARTADO 2: REFERENCIA JURÍDICA

Los Cuidados Paliativos han sido incluidos en el Programa Médico Obligatorio (PMO) del Ministerio de Salud de la Nación, entendidos como "la asistencia activa y total de los pacientes por un equipo multidisciplinario, cuando la expectativa de vida del paciente no supera el lapso de 12 meses, por no responder al tratamiento curativo que le fue impuesto". El programa fija como objetivos de esta modalidad asistencial el control del dolor y demás síntomas que determinan el sufrimiento de los pacientes y sus familias. Agrega además que "los Agentes del Seguro deberán desarrollar programas que contemplen el derecho a una muerte digna, buscando la desinstitucionalización de estos pacientes cuando sea posible o su atención en centros que privilegien el cuidado, el confort y la contención del paciente y su familia.

Las Normas de Organización y Funcionamiento de Cuidados Paliativos del Ministerio de Salud de la Nación han sido incorporados al Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica, sancionado por decreto en 1997¹. Dicho programa tiene como principal objetivo "normatizar las actividades vinculadas con el accionar sanitario, con el fin de asegurar la calidad de los servicios y de las prestaciones que se brindan a la población y proponer las medidas necesarias para garantizar la calidad de los mismos"².

RESOLUCION 643/2000 MS (8/8/2000) B.O.: 22/8/2000

Se aprueba la Norma de Organización y Funcionamiento en Cuidados Paliativos.

RESOLUCIÓN 934/2001 (22/8/2001) B.O.: 18/9/2001 Suplemento

Se sustituye el Anexo de la Resolución Ministerial 643/00 que establece las Normas de Organización y Funcionamiento de Cuidados Paliativos.

¹ El Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica es de aplicación obligatoria para todos los establecimientos nacionales de salud, los sistemas nacionales de seguros de salud y de obras sociales, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y pensionados, los establecimientos incorporados al registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión, los establecimientos dependientes de las distintas jurisdicciones provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las entidades de Sector Salud que adhieran al mismo.

² Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica (Decreto 1424/97), Art. 2°.

4353 / 12

ANEXO 2

CAPITULO 1

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

APARTADO 1: OBJETIVOS GENERALES

Priorizar la calidad de vida y la muerte digna de los pacientes, a través de una intervención oportuna e interdisciplinaria; de manera racional, planificada y eficiente, en el periodo Terminal.

APARTADO 2: OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Reafirmar la importancia de la vida aun en la etapa terminal.
- Establecer un cuidado activo que no acelere la muerte (eutanasia) ni tampoco que la posponga artificialmente (distanasia),
- Proporcionar alivio al dolor y a otros síntomas angustiantes.
- Integrar los aspectos físicos, psicológicos y espirituales del cuidado.
- Facilitar que la persona enferma lleve una vida tan activa como sea posible.
- Ofrecer un sistema de apoyo a la familia para ayudarla a afrontar la enfermedad del ser querido y sobrellevar el duelo.
- Minimizar:
 - Las internaciones.
 - Traslados en ambulancia.
 - Estudios diagnósticos.
 - Procedimientos invasivos.
 - Tratamientos fútiles.
- Lograr un mayor índice de fallecimientos en domicilio con conformidad y tranquilidad familiar por un adecuado cuidado de fin de vida.

4353 / 12

CAPITULO 2

APARTADO 1: PRESTACIONES INCLUIDAS

El programa comprende:

- Consultas médicas por especialistas en cuidados paliativos en el domicilio.
- Enfermería domiciliaria
- Kinesiología en el domicilio.
- Terapeuta ocupacional en el domicilio
- Psicólogo en el domicilio
- Fonoaudiólogo en el domicilio
- Trabajador social en el domicilio
- Cuidador domiciliario
- Provisión de medicación e insumos
- Control y Seguimiento de los afiliados incorporados al programa.

APARTADO 2: REQUISITOS A CUMPLIR POR LOS EQUIPOS DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA INTEGRAR EL REGISTRO DE PRESTADORES:

El IOMA creará un registro de prestadores para la incorporación de todos aquellos equipos de Cuidados Paliativos que deseen pertenecer al mismo y para lo cual deberán presentar una carpeta institucional con todos los requisitos solicitados, y una vez que estos sean examinados y se verifique que cumplen con las exigencias requeridas, podrán ser incluidos en el mismo.

La documentación requerida deberá ajustarse a los requisitos descriptos a continuación:

- 1.- Instrumento constitutivo de la Institución con la debida constancia de inscripción en la Dirección Provincial de Personas Jurídicas, como servicio de Internación domiciliaria.
- 2.- Habilitación de la autoridad sanitaria jurisdiccional para brindar la prestación requerida.

4353 / 12

- 3.- Constancia de inscripción de la Institución en la Administración Federal de Ingresos Públicos indicando su Razón Social, N° de CUIT y vigencia, así como Ingresos Brutos y Ganancias.
- 4.- Póliza de seguro que indique la cobertura de Responsabilidad Civil
- 5.- Contrato de prestación del servicio de recolección de residuos patogénicos entre la Institución y la empresa recolectora habilitada.
- 6.- Contrato de prestación de Servicios de Traslados de Emergencias Médicas.
- 7.- Listado de profesionales, acompañado de sus respectivos títulos, certificados de capacitación en cuidados paliativos y certificados de seguro de responsabilidad profesional.
- 8.- Declaración, Jurada de los profesionales que integran la nómina del establecimiento.
Toda la documentación debe ser presentada en original, o copia certificada por escribano público, Registro Público de Comercio o Juez de Paz en su caso.
- 9.- Informar la zona de influencia de la empresa, tanto para equipos completos como básicos.

Recurso humano

El pilar fundamental del trabajo en cuidados paliativos, es el recurso humano calificado para tal fin. El cual deberá trabajar en equipo con el objetivo de brindar una asistencia integral y eficiente al paciente y a su familia, como así también prevenir el síndrome de desgaste profesional.

Se trabajara con dos tipos de equipos:

Equipo BASICO: Formado por médico y enfermero.

Equipo COMPLETO: Formado por médico, enfermero, psicólogo, trabajador social,, terapeuta ocupacional, kinesiólogo, fonoaudiólogo.

Toda prestación deberá ser brindada por equipos COMPLETOS, excepto cuando el PRESTADOR no cuente en la zona de influencia del afiliado con los profesionales necesarios para conformarlo. Es decir, el equipo BASICO se desempeñará en localidades de la provincia de Buenos Aires en las cuales no se logre conformar un equipo COMPLETO.

4353 / 12

Capacitación requerida para los integrantes del equipo: (tanto para los equipos básicos y completos)

- Médico con formación de postgrado en una especialidad básica acreditada y con formación posbásica acreditada en cuidados paliativos. (curso de cuidados paliativos mayor a 180 horas con actividad teórica-práctica y examen final, o concurrencia /residencia interdisciplinaria de cuidados paliativos)
- Enfermero profesional o licenciado con formación acreditada en cuidados paliativos.
- Licenciado en psicología con formación acreditada en cuidados paliativos (curso de cuidados paliativos mayor a 180 horas con actividad teórica-práctica y examen final, o concurrencia /residencia interdisciplinaria de cuidados paliativos)
- Kinesiólogo con formación acreditada en cuidados paliativos.
- Trabajador social con formación acreditada en cuidados paliativos.
- Terapista ocupacional. con formación acreditada en cuidados paliativos.
- Fonoaudiólogo. con formación acreditada en cuidados paliativos.
- Cuidador domiciliario con título habilitante por organismo oficial.

Todos los profesionales deben contar con:

- Actividad demostrada en la disciplina o especialidad.
- Trabajo interdisciplinario en Cuidados Paliativos por un período de tiempo.
- Participación directa en la asistencia de un número determinado de pacientes..
- Deben estar matriculados

4353 / 12

APARTADO 3:

**SOLICITUD DE INCORPORACIÓN AL REGISTRO DE PRESTADORES
DEL PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS
“CUIDARTE”**

La Plata, de 20....-

El que suscribe....., acreditando su identidad con
....., en su carácter de de la
EMPRESA....., con domicilio en la
calle..... de....., solicita su
incorporación al Listado de Prestadores –Programa de Cuidados Paliativos para pacientes
oncológicos, comprometiéndose a cumplir los requisitos, alcances y condiciones del
mencionado instrumento.

Detallar la zona de influencia de la empresa para prestar sus servicios
domiciliarios:.....
.....
.....
.....

FIRMA:

ACLARACIÓN:

4353 / 12

APARTADO 4: ALCANCE DEL PROGRAMA

Se incorporarán al Programa los **beneficiarios con patologías oncológicas**, que estén o no recibiendo tratamiento, **con un pronóstico de vida estimado menor a 12 meses**.

Se establecerán **tres módulos prestacionales** (3 para el equipo básico y 3 para el completo) y **submódulos específicos** de: medicamentos, elementos ortopédicos, oxigenoterapia y cuidador.

En cuanto a la medicación, se autorizara en forma directa la compra de un grupo de medicaciones orales y parenterales con cobertura del 100% en farmacias habilitadas para el programa "CUIDARTE", las mismas comprenden:

1) Medicación oral:

Opioides débiles	Tramadol	comp y solución oral
	Codeína asoc a paracetamol y a diclofenac	comp
	dextropropoxifeno asoc a ibuprofeno o dipirona	comp
Opioides fuertes	morfina clorhidrato (acción rápida)	comp o solución oral
	morfina sulfato (acción prolongada)	comp
	metadona	comp o solución oral
	oxicodona de acción rápida	comp o solución oral
	oxicodona de acción prolongada	comp

2) Medicación parenteral:

Morfina	Amp 1 y 2%
Tramadol	Amp, 50mg
Furosemida	Amp, 20mg
Dexametasona	Amp, 8 mg
Hioscina	Amp, 10mg
Diazepam	Amp, 10 mg
Midazolam	Amp, 15 mg
Levomepromazina	Amp, 25mg
Haloperidol	Amp, 5mg
Fenobarbital	Amp, 100mg
Difenilhidantoína	Amp, 50mg
Metoclopramida	Amp, 10mg
Dipirona	Amp, 500mg
Ciprofloxacina	Amp 500mg
Ampicilina sulbactam	Amp 1000mg/500mg
Difenhidramina	Amp

APARTADO 5:

Método para categorizar a los pacientes:

Se utilizará el ECOG como herramienta para categorizar a los pacientes en cada uno de estos módulos. Así como otras necesidades concretas de la unidad de tratamiento *(paciente y familia), de índole físicas, mentales o sociales.*

La escala ECOG fue diseñada por el **Eastern Cooperative Oncologic Group** de Estados Unidos y validada por la OMS. Mide la calidad de vida del paciente oncológico, considerando el cambio continuo y rápido de las expectativas de vida.

Esta escala consta de seis categorías:

- **ECOG 0.** La persona no presenta ningún síntoma, y puede mantener normalmente sus rutinas cotidianas.
- **ECOG 1.** La persona presenta algunos síntomas que no le impiden realizar su trabajo ni sus actividades diarias. Sólo permanece en cama durante las horas de sueño nocturno.
- **ECOG 2.** La persona no puede desempeñarse en su trabajo. Los síntomas que tiene lo obligan a permanecer en la cama varias horas al día, además de las de la noche, pero que no superan el 50% del día. Satisface la mayoría de sus necesidades, pero precisa de ayuda para alguna actividad que antes realizaba.
- **ECOG 3.** La persona necesita permanecer en cama más de la mitad del día por la presencia de síntomas. Requiere ser ayudado para la mayoría de las actividades de la vida diaria.
- **ECOG 4.** La persona permanece en cama el 100% del día y necesita ayuda para todas las actividades cotidianas.
- **ECOG 5.** La persona está a punto de morir.

4353 / 12

ANEXO 3

DETALLE Y VALORES DE MODULOS Y SUBMODULOS PRESTACIONALES

APARTADO 1: Módulos prestacionales para el equipo completo.

Módulo 1

	Cantidad de visitas	Valor mes	Valor diario	Valor del módulo mensual
Medico	1 a 2 visitas por semana	\$4.938	\$ 202	\$ 6.138
Enfermería	3 a 7 visitas por semana			
Psicología	1 visita por semana			
Terapia física (Kinesiología respiratoria/Terapia ocupacional / Fonoaudiología)	3 visitas por semana			
Trabajador social	1 visita cada 15 días			
Insumos		\$ 1.200		

Módulo 2

	Cantidad de visitas	Valor mes	Valor Diario	Valor del módulo Mensual
Medico	1 a 3 visitas por semana	\$7.563	\$ 295	\$ 8.963
Enfermería	1 a 2 visitas por día			
Psicología	1 a 2 visitas por semana			
Terapia física (Kinesiología respiratoria/Terapia ocupacional / Fonoaudiología)	3 visitas por semana			
Trabajador social	1 visita cada 15 días			
Insumos		\$ 1.400		

4353 / 12

Módulo 3

	Cantidad de visitas	Valor mes	Valor Diario	Valor del modulo Mensual
Médico	2 a 4 visitas por semana	\$9.688	\$ 388	\$ 11.788
Enfermería	2 a 3 visitas diarias			
Psicología	1 a 2 visitas por semana			
Terapia física (Kinesiología respiratoria/Terapia ocupacional / Fonoaudiología)	3 visitas por semana			
Trabajador social	Una visita cada 15 días			
Insumos		\$ 2.100		

APARTADO 2: Módulos prestacionales para el equipo básico.**Módulo 1**

	Cantidad de visitas	Valor mes	Valor Diario	Valor del modulo Mensual
Médico	1 a 2 visitas por semana	\$3.125		
Enfermería	3 a 7 por semana			
Insumos		\$1.200	\$ 142	\$ 4.325

Módulo 2

	Cantidad de visitas	Valor mes	Valor Diario	Valor del modulo Mensual
Médico	1 a 3 visitas por semana	\$5.250		
Enfermería	1 a 2 visitas por día			
Insumos		\$1.400	\$ 219	\$ 6.650

Módulo 3

	Cantidad de visitas	Valor mes	Valor Diario	Valor del modulo Mensual
Médico	2 a 4 x semana	\$7.375		
Enfermería	2 a 3 visitas por día			
Insumos		\$2.100	\$ 312	\$ 9.475

Detalle de los insumos incluidos en los módulos

Sueros (dextrosa 5%, solución salina isotónica)

Vías de suero. Pie para sueros.

Agujas, jeringas.

Gasas y apósitos estériles.

Guantes descartables.

Solución antiséptica (clorhexidina, alcohólica, yodada, agua oxigenada).

Cánulas Abbocath (vía endovenosa)

Sondas vesicales.

Sondas nasogástricas.

Agujas Butterfly para uso de medicación e hidratación por vía subcutánea.

APARTADO 3: Submódulos

1) Alquiler de elementos ortopédicos:

Cama, silla de ruedas, andador, bastones, muletas, inodoro portátil

2) Oxigenoterapia

3) Cuidador domiciliario.

8, 16 o 24 horas diarias.

Otras prestaciones:

- Medicaciones no contempladas previamente:
subdirección de farmacia de IOMA.
- Insumos para tratamiento de escaras: trámite a través de
subdirección de farmacia de IOMA.
- Traslados a instituciones de salud de mayor complejidad, para
procedimientos diagnósticos o terapéuticos. A través del Convenio
IOMA-Acliba I,II,III,IV y Fecliba.

4353 / 12

Valoración de los submódulos

1) Alquiler de elementos ortopédicos:

Cama, silla de ruedas, andador, bastones, muletas, inodoro portátil. Valoración según resolución vigente del IOMA.

2) Oxigenoterapia: Valoración según resolución vigente del IOMA.

	Valor mensual	Valor diario
Tubo	Valoración según resolución vigente del IOMA	
Recarga		
Concentrador de O2 + tubo de Back up		
Mochila Ultraliviana de transporte		
Aspirador de secreciones	\$ 120	\$ 4
Nebulizador	\$ 50	\$ 2

3) Cuidador domiciliario: 6, 12, 18 o 24 horas diarias. Valoración según resolución vigente de internación domiciliaria

4353 / 12

ANEXO 4

CAPITULO 1

INGRESO Y CIRCUITO ADMINISTRATIVO DEL PROGRAMA

Se creará un programa on line bajo el entorno WEB del IOMA para la búsqueda de los datos del paciente y la carga de la Planilla de Ingreso al Programa "Cuidarte". Esta última deberá ser completada por un oncólogo y cargada a la página del IOMA por el Prestador Adherido al programa "Cuidarte" elegido por el paciente.

Cabe aclarar que la planilla de carga de datos estará disponible en la página web del IOMA y podrá ser descargada tanto por las delegaciones y regiones del IOMA como por el afiliado o médico oncólogo de cabecera.

Este programa permitirá a la Auditoría del IOMA Central la aprobación, modificación o denegación del ingreso de un afiliado al Programa de Cuidados Paliativos "Cuidarte"; con sus respectivos comprobantes impresos.

Mensualmente, el aplicativo generará la impresión del Acta de Autorización por cada afiliado y por prestador; la que será firmada por el Director de Programas Específicos para la posterior facturación.

Cada autorización será por un máximo de treinta días.

Circuito de Ingreso y Autorización:

Para ingresar al Programa de Cuidados Paliativos "Cuidarte", el afiliado (o familiar) deberá dirigirse a la delegación o región correspondiente a retirar **Listado de Prestadores Adheridos y Planilla de Ingreso al Programa "Cuidarte"**. La Región deberá realizar verificación afiliatoria que será adjuntada a la planilla.

El afiliado concurrirá al oncólogo para el llenado de la Planilla de Ingreso al Programa "Cuidarte", donde deberá detallar la situación clínica del paciente y solicitar en consecuencia un módulo y/o submódulo/s prestacionales.

Con esta documentación, deberá concurrir al Prestador seleccionado de cuidados paliativos para el pedido de **Alta del Servicio**. Los datos serán cargados en el sistema de carga web por el prestador, quedando la solicitud a la espera de la auditoría por parte del IOMA Central, la cual se realizara en el plazo de 24 a 72 horas.

El auditor puede:

- 1) **RECHAZAR la solicitud:** Si no reúne criterios de enfermedad oncológica avanzada, si recibe un servicio de internación domiciliaria del IOMA, o si la empresa prestadora no esta habilitada para brindar sus servicios en la localidad en la cual reside el paciente. Se emite un acta, la cual será firmada por el Director de Programas Específicos y es retirada por el prestador o el afiliado.
- 2) **Dejar como PENDIENTE la solicitud:** se considera que una solicitud está pendiente cuando a criterio del auditor es necesario ampliar algún dato de los enviados. En este caso, la solicitud es visualizada por el prestador permitiéndole a éste completar las observaciones.
Una solicitud pendiente debe ser nuevamente auditada, pudiendo ser **aprobada, rechazada o dejarla como pendiente nuevamente.**
- 3) **APROBAR la solicitud:** Esta autorización será online en forma provisoria y habilita al prestador a iniciar sus servicios. Una vez cumplido el mes de prestación el prestador imprimirá la proforma definitiva (autorizada por auditoría de IOMA), la cual será la única con validez para la facturación.

CAPITULO 2

NORMAS DE FACTURACIÓN

- 1- La facturación será recepcionada en IOMA central del 01 al 10 de cada mes, y a fines vencido de la prestación brindada.
- 2- La factura debe ser B ó C, a nombre del IOMA, con domicilio, localidad, N° de CUIT de este instituto y calidad ante el IVA (exento). Se presentará factura en original y dos copias.
- 3- La presentación correspondiente a cada mes se realizará mediante un **Resumen Mensual de Facturación** (consiste en una planilla donde se detalla el afiliado o los afiliados a los cuales se les ha brindado prestación durante ese mes, el monto por cada uno, N° de carnet, y prestaciones brindadas) el cual tendrá un valor final mensual. Se facturará solamente el monto final de Resumen Mensual, discriminado en tres facturas según sean Afiliados Obligatorios, Afiliados Voluntarios Individuales, y Afiliados Voluntarios Colectivos.

4353 / 12

Afiliados Obligatorios: su N° de Carnet de IOMA comienza con un número.

Afiliados Voluntarios Individuales: su N° de Carnet comienza con la letra A a la J inclusive.

Afiliados Voluntarios Colectivos: su N° de Carnet comienza con la letra K a la Z.

4- Cada factura contendrá sólo un mes determinado de cobertura; los días de prestación correspondientes a meses ajenos al que se está facturando se incluirán en una factura aparte. El mes de cobertura citado se refiere a MES CALENDARIO, no a mes prestacional.

5- Tanto los originales del resumen mensual como de la factura B ó C a nombre de IOMA deberán ser firmados y sellados por el profesional que factura, o responsable de la empresa, y presentados junto a dos fotocopias de cada uno, más la **PLANILLA DE ASISTENCIA** en original de los profesionales actuantes y la correspondiente conformidad del afiliado o familiar en cada uno de los días de prestación brindados (deberá acreditarse en la conformidad:

respecto al afiliado, en caso de que éste no lo hiciera).

6- Entrega de una fotocopia de la **HISTORIA CLINICA** completa, la Planilla de Ingreso al Programa "Cuidarte" original completa junto a las fotocopias de los informes de los estudios complementarios realizados que se mencionan en la misma según los modelos elaborados por el IOMA para los servicios domiciliarios de Cuidados Paliativos – CUIDARTE, que se encuentran disponibles en la página oficial del IOMA. Se solicitará fotocopia de historia clínica a mes vencido, y la historia clínica original y completa cuando finalice el servicio.

7- Con cada presentación mensual se adjuntará el **Acta o profoma original** autorizada por IOMA. En la primera facturación deberá tener adjuntada la verificación afiliatoria.

8- Se adjuntará en toda facturación, fotocopias de las correspondientes **habilitaciones e inscripciones**, de acuerdo a las Normas de la AFIP y ARBA.

9- Para que IOMA pueda efectivizar el pago, el prestador deberá adjuntar N° de: CBU, caja de ahorro o Cuenta corriente en el Banco de la Provincia de Buenos Aires.

4353 / 12

PLANILLA DE INGRESO AL PROGRAMA "CUIDARTE"

COMPLETAR POR MEDICO ONCOLOGO

Apellido y Nombre del Afiliado:.....
Nº de Afiliado: DNI:.....
Fecha de Nacimiento:...../...../..... Teléfono:.....
Celular:..... E-mail:.....
Domicilio:.....
Localidad:.....
Domicilio de prestación:.....

Nombre y Apellido de familiar responsable:.....
Telefono de contacto:.....
E-mail:.....
~~Nombre y Apellido de otro familiar responsable~~.....
Teléfono de contacto:.....
E-mail:.....

Nombre y Apellido del médico oncólogo solicitante:.....
Teléfono de contacto:.....
E-mail de contacto:.....

DIAGNOSTICO:

DISEMINACION LOCOREGIONAL: NO: SI:

METASTASIS: NO: SI: Localización:

ENFERMEDAD (Epicrisis):.....
.....
.....

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS REALIZADOS: (adjuntar informes de estudios de diagnóstico)
.....

TRATAMIENTO ONCOLOGICO ACTUAL: marcar con una cruz

SE INICIARA EN CURSO SUSPENDIDO

4353 / 12

PROBLEMAS A TRATAR: marcar con una cruz.

DOLOR		CONSTIPACION		SME CONFUSIONAL		Otros:
ASTENIA		DEPRESIÓN		DISNEA		
ADELGAZAMIENTO		ANSIEDAD		DISFAGIA		
ANOREXIA		INSOMNIO		COMINO FAGIA		
NÁUSEAS-VOMITOS		SOMNOLENCIA		CONVULSIONES		

EXAMEN FISICO

Peso:kg. Altura: Tensión arterial:.....FC.....

Estado de conciencia: s/p, vigili, estupor, obnubilación coma.

Alimentación: Vía oral , enteral , parenteral

Piel: s/p, Escaras , Otros.....

TCS: s/p.....

Cabeza y cuello: s/p.....

Boca: s/p.....

Sistema linfático: s/p.....

Aparato cardiovascular: s/p.....

Aparato respiratorio: s/p.....

Abdomen: s/p.....

Aparato locomotor: s/p.....

Examen neurológico. s/p.....

Examen ginecológico. s/p.....

LABORATORIO BASAL: (último análisis realizado)

Fecha.....

Hematocrito..... Urea:.....

Hemoglobina..... Calcemia:.....

Leucocitos..... Hepatograma:.....

Plaquetas..... Albuminemia:.....

Creatinina: Quick /KPTT.....

ECOG:

La persona puede desempeñarse en su trabajo? SI NO

Permanece en cama más del 50% del día? SI NO

Requiere ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria? SI NO

Permanece en cama el 100% del día y necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria? SI NO

MEDICACION ACTUAL:

.....

4353 / 12

SOLICITUD DE MODULO y SUBMODULOS: marcar con una cruz

MODULO 1 (Equipo completo)

	Cantidad de visitas
Médico	1 a 2 visitas por semana
Enfermería	3 a 7 visitas por semana
Psicología	1 visita por semana
Terapia física (Kinesiología respiratoria/ Terapia ocupacional / Fonoaudiología)	3 visitas por semana
Trabajador social	1 visita cada 15 días
Insumos	

MODULO 1 (Equipo Básico)

	Cantidad de visitas
Médico	1 a 2 visitas por semana
Enfermería	3 a 7 visitas por semana
Insumos	

MODULO 2 (Equipo completo)

	Cantidad de visitas
Médico	1 a 3 visitas por semana
Enfermería	1 a 2 visitas por día
Psicología	1 a 2 visitas por semana
Terapia física (Kinesiología respiratoria/ Terapia ocupacional / Fonoaudiología)	3 visitas por semana
trabajador social	1 visita cada 15 días
Insumos	

MODULO 2 (Equipo básico)

	Cantidad de visitas
Médico	1 a 3 visitas por semana
Enfermería	1 a 2 visitas por día
Insumos	

MODULO 3 (Equipo completo)

	Cantidad de visitas
Médico	2 a 4 visitas por semana
Enfermería	2 a 3 visitas diarias
Psicología	1 a 2 visitas por semana
Terapia física (Kinesiología respiratoria /Terapia ocupacional Fonoaudiología)	3 visitas por semana
Trabajador social	Una visita cada 15 días
Insumos	

MODULO 3 (Equipo básico)

	Cantidad de visitas
Médico	2 a 4 visitas por semana
Enfermería	2 a 3 visitas diarias
Insumos	

SUBMODULOS: marque con cruz

ORTOPEDIA:

- CAMA
- SILLA DE RUEDAS
- ANDADOR
- MULETAS
- INODORO PORTATIL

OXIGENTOREPIA:

- TUBO
- RECARGA
- CONCENTRADOR DE O2 + TUBO DE BACK UP
- MOCHILA ULTRALIVIANA DE TRANSPORTE
- ASPIRADOR DE SECRECIONES
- NEBULIZADOR

GUIDADOR: ____ HS. (pueden completar los valores: 6-12-18 ó 24)

FECHA INICIO PRESTACION: ____/____/____

FIRMA - SELLO - NRO MATRICULA

PROGRAMA CUIDADOS PALIATIVOS "CUIDARTE"

Consentimiento informado

Lugar y fecha:

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:

DNI/LC:

Edad:

En mi carácter de beneficiario del programa de Cuidados Paliativos de IOMA, manifiesto haber recibido información completa acerca de los cuidados paliativos y haber comprendido las características de cada una de las prestaciones,

Firma del beneficiario:

Aclaración:

Firma del tutor:

Aclaración:

Por la presente certifico que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y alternativas de la prestación de cuidados paliativos; me he ofrecido a contestar cualquier pregunta y he contestado completamente todas las preguntas hechas.

Creo que los padres/tutores/encargados han comprendido completamente lo que me explicado y contestado.

Firma:

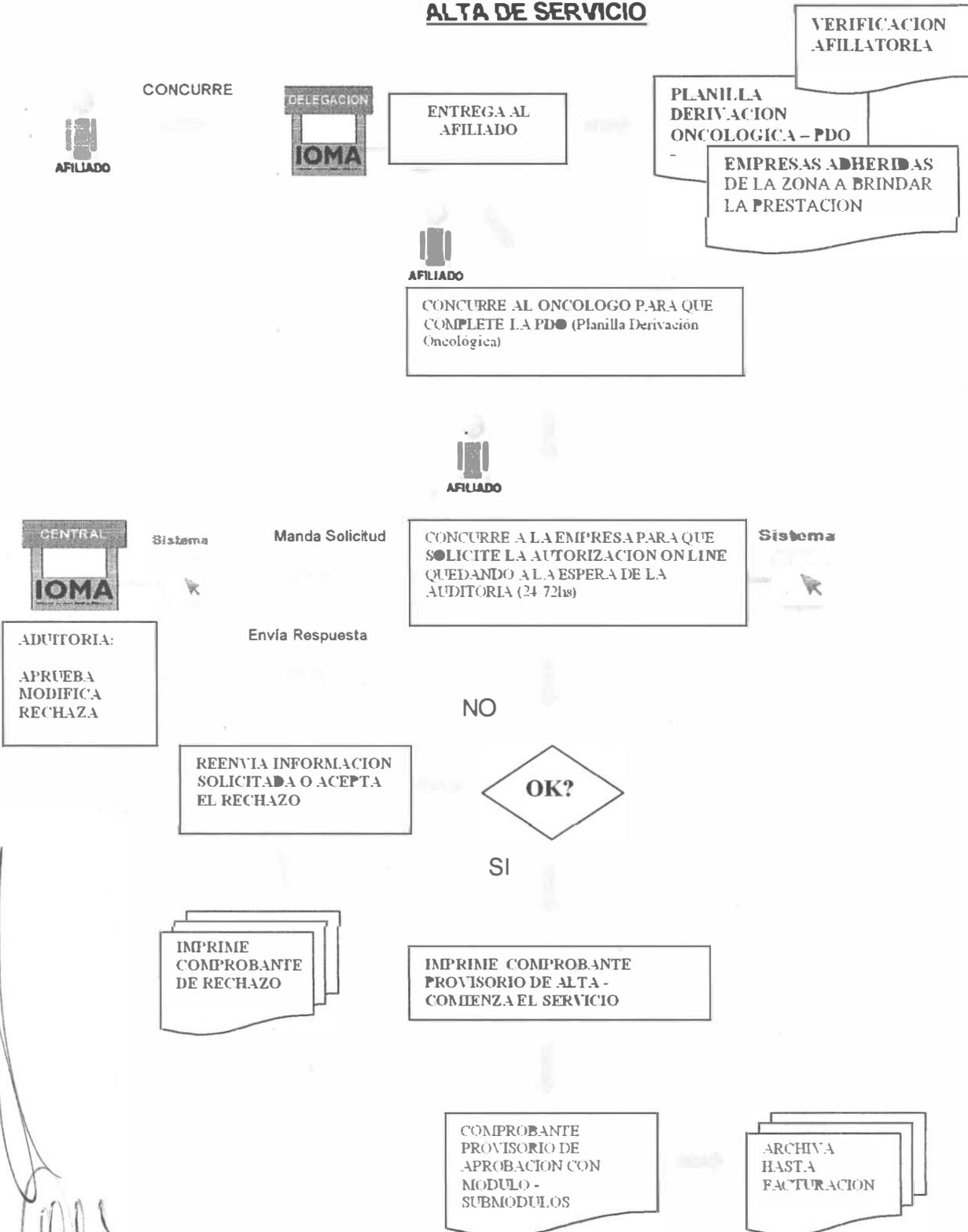
Aclaración:

Matrícula del Médico:

4353 / 12

CIRCUITOS ADMINISTRATIVOS

ALTA DE SERVICIO



[Handwritten signature]

BAJA DE SERVICIO

EMPRESA

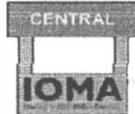
MOTIVOS:

- OBITO
- INTERNACION HOSP (desde-hasta)
- CAMBIO EMPRESA
- SALIDA VOLUNTARIA DEL PROGRAMA

INGRESA PARA
INFORMAR EL
MOTIVO DE LA
BAJA DEL
SERVICIO

Sistema

AUDITORIA



Sistema

POR OBITO: LA AUDITORIA REALIZA UNA LLAMADA A FAMILIARES PARA ENCUESTA DE SATISFACCION

EL SISTEMA A FIN DE MES, CALCULA EL MONTO A FACTURAR HASTA LA FECHA DE BAJA

FACTURACION DE SERVICIO

1 al 10 de cada y a mes vencido

EMPRESA

CONFECCIONA LA
FACTURACION

- 1) HISTORIA CLINICA
- 2) PLANILLA ASISTENCIA
- 3) ACTA DEFINITIVA
- 4) PDO ORIGINAL con INFORMES DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (solo el primer mes de facturación)
- 5) PM ó PR según corresponda

RESUMEN DE
FACTURACION

FACTURACION



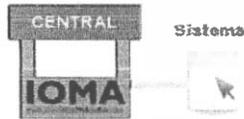
Sistema

SE REALIZA LA
AUDITORIA, Y SE
GENERA LA ORDEN
DE PAGO.

EMISIÓN DE ACTAS

IOMA CENTRAL – PRIMER DIA HABIL DE CADA MES

AUDITORIA



EJECUTA PROCESO
PARA IMPRESIÓN DE
ACTAS DEFINITIVAS

DIRECCION DE
PROGRAMAS
ESPECIFICOS



FIRMA Y SELLA CADA
ACTA DE CADA
PRESTADOR

EMPRESA

RETIRA LAS ACTAS PARA
CONFECCIONAR LA
FACTURACION

4353 / 12

MODIFICACION MODULO -SUBMODULO/S

MEDICO RESPONSABLE

COMPLETA PLANILLA
PARA MODIFICACION-
PM -
DE MODULOS -
SUBMODULOS

ENTREGA A LA
EMPRESA

EMPRESA

REALIZA LA CARGA EN EL
SISTEMA PARA SOLICITAR
LA MODIFICACION A
PARTIR DE LA
INFORMACION DE LA PM

Sistema



AUDITORIA



Sistema



AUDITA

SE GENERA IGUAL FLUJO DE INFORMACION QUE
COMO EL ALTA

EMPRESA

RECIBE RESULTADO DE
AUDITORIA

IMPRIME
COMPROBANTE
PROVISORIO PARA SU
POSTERIOR
FACTURACION

RENOVACION MODULO -SUBMODULO/S

EMPRESA

MENSUALMENTE, SOLICITA A
LOS MEDICOS RESPONSABLES
DE LA EMPRESA DE CADA
AFILIADO, LA CONFECCION DE
LA PLANILLA DE RENOVACION
-PR

REALIZA LA CARGA EN EL
SISTEMA PARA SOLICITAR
LA RENOVACION DE LA
PRESTACION POR CADA
AFILIADO

Sistema



AUDITORIA



Sistema



AUDITA

EMPRESA

RECIBE RESULTADO DE
LA AUDITORIA

INPRIME
COMPROBANTE
PROVISORIO PARA SU
POSTERIOR
FACTURACION