

LA PLATA, 15 SEP 2011

VISTO el expediente N° 2914-9236/11, iniciado por DIRECCION DE PROGRAMAS ESPECIFICOS caratulado: "REF. INCREMENTO PARA LA COBERTURA DE PRESTACIONES DE ENFERMERIA", y

CONSIDERANDO:

Que por las presentes actuaciones se propicia el dictado de una nueva Resolución para la cobertura de las prestaciones de Enfermería;

Que a fojas 1, la Dirección de Programas Específicos eleva proyecto e informa que la propuesta contempla la modificación de los valores vigentes para dichas prestaciones, en consideración a la insistente demanda de aumento por parte de los profesionales y de los afiliados que las requieren, a los que les resulta sumamente difícil hallar profesionales que acepten los valores actuales; como también para evitar las presentaciones judiciales efectuadas por la vía del Recurso de Amparo. Por otra parte, el área justifica el aumento en que las prestaciones se encuentran congeladas desde hace dos (2) años; y propone la entrada en vigencia de la misma a partir del 1° de junio de 2011 como así también la derogación de la Resolución vigente N° 3611/2009, y el dictado de un nuevo acto administrativo que contemple los Anexos 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7, cuyos proyectos se agregan a fojas 2/8;

Que a fojas 9, se adjunta la evaluación del gasto provocado por el aumento en prácticas de enfermería domiciliaria desde el 1° de junio del 2011 el que asciende a pesos doscientos diecinueve mil setecientos cuarenta y cuatro (\$219.744);

Que a fojas 10, la Dirección General de Prestaciones considera oportuno otorgar curso favorable a lo requerido;

Que a fojas 11, la Dirección General de Administración remite las presentes a la Dirección de Finanzas a los fines de tomar el compromiso preventivo por un monto mensual de pesos doscientos diecinueve mil setecientos cuarenta y cuatro (\$219.744) a partir del 1° de junio y por un monto total de pesos un millón quinientos treinta y ocho mil doscientos ocho (\$1.538.208);

6940 / 11

Que a fojas 13, luce la imputación presupuestaria del gasto por la suma indicada precedentemente atendido con el cargo a la partida: EN 200, PRG 1, AES 1, Finalidad 3, Función 1, Principal 3, Subprincipal 4, Par 8, Fuente de Financiamiento 1.2, Presupuesto General Ejecutivo 2011;

Que a fojas 15/25, obra copia de la Resolución vigente N° 3611/2009;

Que a fojas 26 y vta., la Dirección de Relaciones Jurídicas estima que no existen observaciones que formular desde el punto de vista de su competencia, correspondiendo se someta la iniciativa emanada de la Dirección de Programas Específicos relacionada con la derogación de la Resolución N° 3611/09, y el dictado de un nuevo acto administrativo que contemple la cobertura de la prestación de enfermería domiciliaria que se tramita por los presentes a consideración del Honorable Directorio;

Que a fojas 29 el Departamento de Coordinación deja constancia que el Honorable Directorio, en su reunión de fecha 25 de agosto de 2011, según consta en Acta N° 34, RESOLVIÓ: Derogar las Resolución N° 3611/2009; y aprobar el dictado de una nueva Resolución para la cobertura de las prestaciones de enfermería, conforme a lo Anexos 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7; los que formarán parte del acto administrativo a dictarse como Anexo 1. Con entrada en vigencia a partir del 1° de junio de 2011.

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

Por ello,

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

ARTICULO 1°. Derogar las Resolución N° 3611/2009.

ARTICULO 2° Aprobar el dictado de una nueva Resolución para la cobertura de las prestaciones de enfermería, conforme a lo Anexos 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7; que como Anexo 1

6940 / 11

formarán parte de la presente Resolución con entrada en vigencia a partir del 1° de junio de 2011, ello en virtud de los considerandos que anteceden.

ARTICULO 3° El gasto será atendido con el cargo a la partida: EN 200, PRG 1, AES 1, Finalidad 3, Función 1, Principal 3, Subprincipal 4, Par 8, Fuente de Financiamiento 1.2, Presupuesto General Ejecutivo 2011. Ley N° 14.199.

ARTICULO 3°. Registrar. Comunicar a la Dirección de Programas Específicos, Por la Dirección General de Regionalización comunicar a las Direcciones Regionales y Delegaciones de IOMA, Pasar a las Direcciones Generales y demás Direcciones del instituto. Cumplido, archivar.

RESOLUCION N°

6940 / 11



[Handwritten signature]

SECRETARÍA DE LA GOBIERNO
Y
IOMA

ANEXO 1

VALOR DE LAS PRÁCTICAS CON INSUMOS:

| | |
|---|----------------|
| Administración de medicamentos por vía I.M..... | hasta \$ 12,00 |
| Administración de medicamentos por vía E.V..... | hasta \$ 40,00 |
| Administración de medicamentos por catéter central..... | hasta \$ 50,00 |
| Colocación de sonda vesical..... | hasta \$ 50,00 |
| Higiene y confort..... | hasta \$ 40,00 |
| Curaciones..... | hasta \$ 25,00 |
| Control de signos vitales..... | sin cargo |

Quando por prescripción médica, y acorde al tratamiento que requiera el paciente, el profesional deba concurrir periódicamente al domicilio del afiliado, a realizar prácticas, la Obra Social reconocerá un valor tope de \$ 450 mensuales, si se trata de una (1) visita diaria, y de \$ 900 si se trata de dos (2) o más visitas diarias.

Quando por su complejidad, el afiliado requiera una asistencia de más de dos (2) horas diarias, se otorgará aquélla cantidad que la auditoria considere justificadas, de acuerdo a los siguientes valores, que INCLUYEN insumos básicos:

| | |
|---------------|----------|
| 2 horas..... | \$ 900 |
| 3 horas..... | \$ 1.350 |
| 4 horas..... | \$ 1.800 |
| 6 horas..... | \$ 2.700 |
| 8 horas..... | \$ 3.120 |
| 10 horas..... | \$ 3.900 |
| 12 horas..... | \$ 4.680 |

CONSIDERACIONES GENERALES:

1. **Solicitud de reintegro:** se reconocerán las solicitudes cuya fecha de presentación no supere los 180 días posteriores a haberse realizado la prestación. Se resolverán en el marco de la Resolución N° 1793/07.
2. **Solicitud de Autorización:**
 - a) Se reconocerá la prestación a partir de la fecha de autorización del trámite o la fecha acordada por el área de Auditoria Especializada. En el caso de estar realizándose la prestación al momento de iniciarse el trámite, se considerará como fecha límite de autorización de cobertura la fecha de iniciación del mismo.
 - b) Para continuidad de cobertura (prorroga) se deberá adjuntar al trámite: fotocopia de acta de autorización del periodo que finaliza y fecha de continuidad

6940 / 11

ANEXO 2

DOCUMENTACION REQUERIDA

A los efectos del reconocimiento de las prácticas de enfermería incluidas en el Anexo I, el afiliado deberá presentar ante el IOMA la documentación que a continuación se detalla:

1. En todos los casos:

- a) Carnet de beneficiario que lo acredite como tal; DNI, último recibo de haberes o comprobante de pago en caso de tratarse de beneficiarios voluntarios.
- b) Dirección, teléfono del afiliado. Teléfono de contacto.
- c) Verificación afiliatoria.
- d) Orden médica con diagnóstico y especificaciones de la necesidad de las prácticas solicitadas, indicando tipo, cantidad y frecuencia de las mismas, con firma y sello del profesional médico solicitante.
- e) Resumen completo de Historia clínica detallando antecedentes, estado actual, enfermedades intercurrentes y tratamientos instituidos.
- f) Estudios complementarios de acuerdo a la patología de que se trate.
- g) Fotocopia certificada del Título Habilitante y fotocopia de la matrícula del personal de enfermería expedida por el ministerio de Salud (fotocopia de ambos lados), y copia del Formulario de Inscripción a la A.F.I.P.
- h) En el caso que el prestador sea una empresa constituida para prestar servicio de enfermería (gabinete de enfermería) deberá presentarla la correspondiente Habilitación Ministerial (RESOLUCION 2037/85). Deberá constar además la documentación correspondiente del enfermero que realizará la prestación.
- i) Planilla de "Autorización de practica de enfermeria" completa y firmada por medico prescriptor y prestador de enfermeria.

En caso de solicitar reintegro:

- a) Toda la documentación citada en punto 1
- b) Original de recibo de pago y/o factura en formulario B ó C debidamente conformados, cumpliendo los requisitos exigidos por normas de facturación emanadas de la AFIP, indicando todas las modalidades de las prácticas de enfermería realizadas, con firma y sello del responsable.

2. En caso de solicitar autorización previa:

- a) Toda la documentación citada en punto 1
- b) Presupuesto: deberá estar a nombre del beneficiario, indicando todas las modalidades de prácticas de enfermería que éste requiera, con firma, sello, teléfono y dirección del profesional de enfermería a cargo del servicio.
- c) Fotocopia de ultima acta de Autorización emitida por IOMA(en el caso que se solicita autorización de continuidad del servicio de enfermería domiciliaria)

6940 / 11

ANEXO 3

MODALIDAD OPERATIVA PARA TRAMITAR PRESTACIONES DE ENFERMERIA POR VIA DE AUTORIZACION PREVIA

1. El afiliado deberá presentarse en la Delegación correspondiente a su domicilio con la documentación básica detallada en el ANEXO II.
2. En la Delegación se realizará la verificación afiliatoria y un informe técnico científico preliminar por parte del Médico Auditor, fundamentando su aprobación o desaprobación, siendo posteriormente avalado por el Director Regional.
3. Toda la documentación deberá ser remitida a la Dirección de Programas Específicos, Departamento de Discapacidad y Rehabilitación, área de Atención de Enfermería en Domicilio, donde se procederá a realizar la correspondiente auditoría especializada y confección de la Planilla de Autorización (ver ANEXO IV), la que será enviada a la Dirección Regional para la comunicación al afiliado.
4. Cada Dirección Regional o Delegación deberá contar con un archivo de beneficiarios y determinará la necesidad de seguimiento de casos particulares, debiendo informar de las altas, bajas y modificaciones del padrón en forma mensual a la Dirección de Programas Específicos.
5. El servicio autorizado se suspenderá ante el fallecimiento u hospitalización del afiliado. Si la prestación se suspendiera por algún motivo justificado por alguna de las partes (prestador o afiliado) se deberá presentar a IOMA, nota informando motivos y fecha de la suspensión.
6. Se estipulará un máximo de 6 meses en la autorización del servicio con posibilidad de ser renovado cuando esté debidamente justificado.

[Handwritten signature]

6940 / 11

AUTORIZACION PRACTICAS DE ENFERMERIA ANEXO 4

Solicitud de Autorización para prácticas de Enfermería por el período: ___/___/___ al ___/___/___

En caso de prórroga indicar fecha de inicio de tratamiento: ___/___/___

Tratamiento de Enfermería anterior a este: SI NO

DIAGNOSTICO: _____

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombres: _____

Afiliado N°: _____ Domicilio: _____

Teléfono: _____ Familiar responsable: _____

Nombre del Médico Prescriptor: _____

PRACTICAS:

- Administración de medicamentos por vía I.M.
- Administración de medicamentos por vía E.V.
- Administración de medicamentos por catéter central
- Colocación de sonda vesical
- Higiene y confort
- Curaciones
- Control de signos vitales

OTRAS: _____

NOMBRE DEL PRESTADOR: _____

PRESUPUESTO: _____

INFORME DE AUDITOR REGIONAL

Firma y sello

Fecha: ___/___/___

INFORME DE AUDITOR CENTRAL

Se autoriza SI NO

Por el término de: partir del: _____ a _____

Firma y sello

Fecha: ___/___/___

6940 / 11

ANEXO 5

NORMAS DE FACTURACIÓN

- 1- La facturación será recepcionada en este IOMA del 01 al 10 de cada mes, y a mes vencido de la prestación brindada.
- 2- La factura debe ser B ó C, a nombre de 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.
 - 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 del profesional actuante y la correspondiente conformidad del afiliado o familiar en original en cada uno de los días de prestación brindados (deberá acreditarse en la conformidad: firma, aclaración, N° de documento, y relación filial de quien firma respecto al afiliado, en caso de que éste no lo hiciera).
- 6- Con cada presentación mensual se adjuntará el Acta original de autorización emitida por IOMA para el primer mes del período otorgado, y copias de la misma en los meses subsiguientes.
- 7- Se adjuntará en toda facturación, fotocopias de las correspondientes habilitaciones e inscripciones, de acuerdo a las Normas de la AFIP y ARBA.



6940 / 11

ANEXO 6

1. ALCANCE:

La presente resolución incluye cobertura para pacientes imposibilitados de valerse por si mismos, con patologías terminales, transitorias o crónicas que requieran asistencia en prácticas de enfermería, para tareas de:

- Colocación de sonda
- Control de drenaje
- Control de Signos Vitales
- Administración de medicamentos por vía enteral, parenteral.
- Curaciones
- Control de respiración y alimentación asistida.
- Higiene y Confort
- No se incluye figura de cuidador domiciliario
- Se desestima la asistencia nocturna. Solo se contemplará en los casos que requiere supervisión de aparatología y/o complejidad de tratamiento.
- En pacientes psiquiátricos solo se otorgarán las horas necesarias que impliquen las tareas específicas por parte del profesional de enfermería.

2. EXCLUSIONES:

Quedarán excluidos de los alcances de la presente resolución los siguientes casos:

1. Prácticas brindadas por efectores adheridos a los convenios vigentes entre este IOMA y las ACLIBAS ó FECLIBA, las que se registrarán en la materia por las normas contractuales correspondientes.
2. Las mismas prácticas brindadas por Hospitales Públicos Provinciales y Municipales, que mantengan vínculo contractual con el IOMA (que contemple éstas prácticas) o que estén adheridos al SAMO.
3. Idénticas prácticas brindadas por toda entidad privada que mantenga relación contractual con este IOMA (y que incluya dichas prácticas).
4. No se autorizará el servicio en aquellos afiliados que se encuentren beneficiados con el sistema de internación domiciliaria, hospitalizados o con permanencia en hogares a cargo de esta Obra Social.

1.1. Exclusiones por cuestiones administrativas:

1. En caso de solicitud de reintegros o autorizaciones, no se aceptarán aquellos trámites que no cumplan con los requisitos descriptos en los puntos 1 y 2 del ANEXO I - CONSIDERACIONES GENERALES

2. De no cumplirse los requisitos indicados en la presente resolución para la iniciación del trámite correspondiente, no se tendrá en cuenta la solicitud presentada, devolviéndose la documentación a la Delegación respectiva.

Reglas Generales de Cumplimiento

- Esta Resolución contemplará la competencia del ejercicio de las profesiones entre el auxiliar de enfermería y el profesional (según Ley Provincial 12.245)
- El profesional tiene prohibido delegar el servicio autorizado en su favor, como así facultades, funciones o atribuciones privativas de su profesión o actividad, en personal no habilitado.
- Los auxiliares y profesionales tendrán un máximo de 16 horas diarias en total autorizadas por este IOMA
- Deben fijar horarios de cumplimiento del servicio domiciliario, a fin de evaluar su real prestación.
- En el domicilio de cumplimiento del servicio autorizado debe constar registro de evolución del paciente, detalle de prácticas, horarios y registro de firma con su correspondiente matrícula.

6940 / 11

ANEXO 7

PLANILLA DE ASISTENCIA DIARIA - CONFORMIDAD DEL AFILIADO

NOMBRE AFILIADO:.....

N° AFILIADO:..... MES de PRESTACIÓN:.....

NOMBRE PROFESIONAL..... MATRICULA:.....

| DÍA | ENTRADA | SALIDA | FIRMA del PROFESIONAL | FIRMA AFILIADO |
|-----|---------|--------|-----------------------|----------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |
| 27 | | | | |
| 28 | | | | |
| 29 | | | | |
| 30 | | | | |
| 31 | | | | |

FIRMA DEL AFILIADO O FAMILIAR:.....

ACLARACIÓN DE FIRMA:.....

N° DE DOCUMENTO:.....

GRADO DE PARENTESCO:.....

6940 / 11