

INDICE

INSTRUCTIVO DE PROCEDIMIENTO INTERNO JUNTA DE EVALUACION DE BENEFICIOS

Objeto.....	3
Ámbito de Cobertura.....	3
Normativa.....	3
CAPITULO I- CONSTITUCION, INTEGRACION Y RECURSOS INFORMATICOS	4
1.-Constitución.....	4
2.-Integración.....	4
3.- Recursos Informáticos -Bases de Datos.....	5
CAPITULO II – FUNCIONES, ALCANCES, EXCLUSION DE COMPETENCIA.....	6
1.-Funciones.....	6
2.-Alcances.....	6
3.-Exclusión de Competencia.....	7
CAPITULO III - MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO.....	7
1.-Generalidades.....	7
2.-Forma de Presentación y Requisitos.....	8
3.-Procedimiento para su Evaluación.....	10
4.-Plazos de cobertura de MAC.....	11
5.- Solicitud de Renovación.....	11
CAPITULO IV - AYUDA DE GASTOS POR INTERNACIÓN GERIÁTRICA.....	12
1.-Generalidades.....	12
2.- Objetivos.....	13
3.- Requisitos.....	13
4.-Rechazo del Trámite “IN-LIMINE”.....	14
5.- Parámetros para el Otorgamiento de la Ayuda.....	14
A) Casos de Adultos Mayores:.....	14
B) Para Afiliados de Bajos Ingresos que tengan a su Cargo Cónyuges, Hijos Discapacitados o Padres que No tengan Beneficios Previsionales:	15
C) Casos de Afiliados Discapacitado:.....	15
6.-Procedimiento para su Evaluación.....	15
7.-Renovaciones de la Ayuda por Internación Geriátrica.....	16
CAPITULO V - ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO, ASISTENCIA DOMICILIARIA, ASISTENTE MOTOR, ENFERMERIA, PARA AFILIADOS CON CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD.....	17
1.-Generalidades.....	17
2.- Alcances.....	18
3.- Definiciones.....	18
4.-Requisitos.....	19
5.-Procedimiento para su Evaluación.....	21
6.- Topes de Coberturas.....	22
7.-Renovaciones.....	24
CAPITULO VI - ATENCIÓN INTEGRAL PARA AFILIADOS SIN CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD.....	25
1.-Alcances.....	25
2.-Requisitos.....	25
3.- Procedimiento para su Evaluación.....	26

4.- Topes de Coberturas.....	27
5.-Renovaciones.	28
CAPITULO VII - HOSPITAL DE DIA, COMUNIDAD TERAPEUTICA, TRASTORNOS ALIMENTARIOS,	28
1.-Generalidades.	28
2.- Normativa.....	29
3.- Alcances.	29
4.- Modalidades de Atención para Tratamientos de Adicciones.....	29
5.- Modalidades de Atención para Tratamientos de Trastornos Alimentarios.....	31
6.-Requisitos.....	32
7.- Procedimiento para su Evaluación.....	33
8.- Topes de Coberturas.....	33
9.-Renovaciones.	34
CAPITULO VIII - ORTOPEDIA	34
1.-Generalidades.....	34
2.- Alcances.	34
3.-Requisitos.....	35
4. Procedimiento para su Evaluación.....	35
5.- Topes de Coberturas.....	36
6.- Adquisición y Entrega de Elementos de Ortopedia.....	42
7.-Renovaciones.	42
CAPITULO IX – INTERNACIÓN DOMICILIARIA EXTERNACION HOSPITALARIA DEL COMPLEJO MÉDICO “CHURRUCA-VISCA”.....	42
1.-Generalidades.....	42
2.-Requisitos.....	43
3.-Procedimiento para su Evaluación.....	44
4.-Renovaciones.....	45
ANEXOS	46
Anexo I: Formulario de Provisión de Medicación sin cargo, emitido por la División SERVICIOS DESCENTRALIZADOS DE CABA Y GBA o por las Divisiones SERVICIOS DESCENTRALIZADOS DE INTERIOR I o II.....	46
Anexo II: Planilla de Internación Domiciliaria Integral, (Para solicitud y renovación)...	48
Anexo III: Modelo de Contrato de Comodato para entrega de material de ortopedia.	50

INSTRUCTIVO DE PROCEDIMIENTO INTERNO
DE LA
DIVISIÓN JUNTA DE EVALUACION DE BENEFICIOS

Objeto.

El presente Instructivo de Procedimiento de la División JUNTA DE EVALUACION DE BENEFICIOS, tiene por objeto establecer los lineamientos fundamentales, que regirán su competencia específica, conteniendo los mecanismos suficientes para garantizar que en cada caso llevado a su consideración, se evite la discrecionalidad, y se asegure el cumplimiento del principio de equidad, a fin de dispensar a todos los afiliados un trato similar en iguales situaciones, dejando a consideración las razones de oportunidad, mérito y conveniencia en casos y situaciones particulares.

Ámbito de Cobertura.

La División JUNTA DE EVALUACION DE BENEFICIOS, sólo evaluará solicitudes de coberturas de beneficios extraordinarios, relacionados con prestaciones que se efectúen únicamente dentro de los límites del Territorio Nacional.

Normativa.

- **Decreto - Ley N° 333/58** (ratificado por Ley N°14.467).
- **Ley N° 21.965** Ley para el Personal de la Policía Federal Argentina.
- **Decreto Reglamentario N°1866/83** (Artículos 806, 807 y 910).
- **Reglamento del Área de Superintendencia de BIENESTAR (RAPFA N° 5).**
- **Ley N° 22.431** (Sistema de Prestación Integral de los Discapacitados) y sus normas complementarias y modificatorias.
- **Ley N° 24.901** (Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral en a Favor de las Personas con Discapacidad) y sus normas complementarias y modificatorias.

- **Decreto N°428/1999** (Nomenclador de Prestaciones Básicas para las Personas con Discapacidad) y Resoluciones Conjuntas del Ministerio de Salud de la Nación y de la Agencia Nacional de Discapacidad, que periódicamente lo reactualizan, y sus normas complementarias y modificatorias.
- **Ley N° 26.657** de Salud Mental y su Decreto Reglamentario N° 603/2013.
- **Ley N° 26.396** “Prevención y Control de Trastornos Alimentarios”.
- **Ley N° 26.934** “Plan Integral de Consumos Problemático”.
- Las normas específicas antes mencionadas o en aquellas que en el futuro las reemplacen.

CAPITULO I- CONSTITUCION, INTEGRACION Y RECURSOS INFORMATICOS

1.-Constitución.

La División JUNTA DE EVALUACION DE BENEFICIOS está constituida con profesionales del arte de curar, profesionales del derecho y auxiliares de la medicina, de forma tal que asegura una evaluación competente y multidisciplinaria, adecuando su labor a los aspectos científicos, médicos, sociales y jurídicos para evaluar cada una de las solicitudes de cobertura extraordinaria que le son sometidas a su consideración. Para ello, contará entre sus miembros con individuos idóneos y específicamente capacitados en dichos aspectos.

2.-Integración.

La División JUNTA DE EVALUACION DE BENEFICIOS está integrada por:

- a) UN (1) Presidente y CUATRO (4) miembros Vocales.
- b) El cargo de Presidente es desempeñado por el Jefe de la División JUNTA DE EVALUACIÓN DE BENEFICIOS.
- c) Son Miembros Vocales: El Coordinador de la División JUNTA DE EVALUACIÓN DE BENEFICIOS; el Jefe de la División SERVICIOS DESCENTRALIZADOS DE CABA Y GRAN BUENOS AIRES o el Jefe de la División SERVICIOS DESCENTRALIZADOS DE INTERIOR I o el Jefe de la División SERVICIOS DESCENTRALIZADOS DE INTERIOR II (según la procedencia del trámite de cada solicitud) o el Jefe de la SECCIÓN ASISTENCIA SOCIAL (en caso que se trate de

solicitudes de beneficios de ayuda por gastos de internación geriátrica); UN (1) Abogado y UN (1) Médico, ambos pertenecientes a la División JUNTA DE EVALUACIÓN DE BENEFICIOS designados por el presidente.

- d) Tanto el presidente como cada uno de los miembros poseen voz y voto.
- e) En caso de afección en la presidencia, la misma será desempeñada en forma interina por el 2do. Jefe de la División JUNTA DE EVALUACIÓN DE BENEFICIOS. En caso de su ausencia, el cargo es ocupado interinamente por el Oficial Jefe más antiguo de los mencionados en el punto c) precedente.
- f) En caso de ausencia del Coordinador de la División JUNTA DE EVALUACION DE BENEFICIOS, el mismo será reemplazado por quien determina el Jefe de dicha dependencia.
- g) En caso de ausencia temporaria de un Vocal que integra la División JUNTA DE EVALUACION DE BENEFICIOS, es sustituido provisionalmente por quien lo reemplace en el cargo o especialidad, con idénticas atribuciones.
- h) Participa en cada Reunión de la División JUNTA DE EVALUACION DE BENEFICIOS UN (1) Secretario de Actas.
- i) Ocupa el cargo de Secretario de Actas, un miembro perteneciente a la División JUNTA DE EVALUACIÓN DE BENEFICIOS designado a tal efecto por su titular.
- j) La División JUNTA DE EVALUACION DE BENEFICIOS posee la facultad de instar la conformación de una Comisión Ad-Hoc, para aquellos casos que así lo requieran. Para ello, podrá convocar a especialistas médicos pertenecientes al Complejo Médico CHURRUCA-VISCA, quienes asesoraran a sus miembros en los aspectos médicos científicos del caso, teniendo opinión, pero careciendo de voto.
- k) Adopta la conclusión de cada caso, por mayoría de los votos. Aquel miembro que vote en disidencia, tendrá la facultad de solicitar que se deje constancia del motivo del mismo.

3.- Recursos Informáticos -Bases de Datos.

La División JUNTA DE EVALUACIÓN DE BENEFICIOS, utiliza el sistema **GDE (Gestión Documental Electrónica)** para la tramitación de los expedientes sometidos a su competencia, donde volcará los dictámenes emitidos en cada expediente. Además, cuenta con la base de datos actualizada del **Sistema de Gestión**, utilizado en forma integrada con la División SERVICIOS DESCENTRALIZADOS CABA Y GRAN BUENOS AIRES, la División

SERVICIOS DESCENTRALIZADOS DE INTERIOR I Y II, donde se encuentran los datos de los Actos Resolutorios, donde se tramitaron beneficios solicitados por los afiliados , una vez notificados por la dependencia correspondiente.

Los informes/ dictámenes técnicos producidos por la División JUNTA DE EVALUACION DE BENEFICIOS deben encontrarse debidamente fundados a través de los informes producidos por el equipo interdisciplinario que conforma la citada dependencia.

CAPITULO II – FUNCIONES, ALCANCES, EXCLUSION DE COMPETENCIA.

1.-Funciones.

La División JUNTA DE EVALUACION DE BENEFICIOS interviene en la evaluación y dictamen en aquellos expedientes que se originen a raíz de peticiones consideradas como excepcionales para los Afiliados de la Superintendencia de BIENESTAR DE LA POLICIA FEDERAL ARGENTINA, relacionada con erogaciones elevadas que deberán afrontar por exceder los límites de las coberturas que brinda dicha Superintendencia en el campo de la salud y de la asistencia social, debiendo ajustarse al presente Instructivo y a la legislación vigente.

En sus dictámenes, la División JUNTA DE EVALUACION DE BENEFICIOS aconseja OTORGAR en forma PARCIAL o TOTAL, o DENEGAR beneficios médicos asistenciales de carácter excepcional, basadas en situaciones extraordinarias requeridas por los afiliados, independientemente del valor de las mismas.

La apreciación económica que la División JUNTA DE EVALUACION DE BENEFICIOS lleva a cabo en la evaluación de cada uno de los casos que son sometidos a su competencia, únicamente se encuentra dirigida a poder determinar la verdadera imposibilidad material del afiliado frente al costo de la erogación que este debería efectuar.

2.-Alcances.

Los alcances de actuación de la División JUNTA DE EVALUACION DE BENEFICIOS, son:

- Medicamentos de ALTO COSTO (MAC)

- Ayuda por Gastos de Internación Geriátrica.
- Atención Integral, conformada por Acompañante Terapéutico o Asistente Domiciliario, Enfermería y Prestaciones de Apoyo para afiliados que cuenta con Certificado Único de Discapacidad, como para aquellos que no cuentan con el mismo.
- Hospital de Día, Comunidad Terapéutica para Adicciones o Trastornos Alimentarios.
- Ortopedia (silla de ruedas, camas ortopédicas, andador, bipedestador, elevador de pacientes, sillas de baño y de transferencias, y audífonos).
- Internación Domiciliaria y Externación hospitalaria del Complejo Médico “Churrucavisca”.

3.-Exclusión de Competencia.

Queda fuera de la competencia de la División JUNTA DE EVALUACION DE BENEFICIOS, evaluar solicitudes referentes a beneficios ordinarios, previstos en:

- a) Programa Médico Obligatorio Resolución N° 201/2002 MS. Resolución N° 310/2004 MS.
- b) Leyes Especiales aplicables a la prevención, tratamiento y control de patologías específicas.
- c) Los establecidos en el Plan de Prestaciones Básicas de la Superintendencia de BIENESTAR.
- d) Todo otro beneficio que por ley corresponda otorgar al afiliado.

Asimismo, la División JUNTA DE EVALUACION DE BENEFICIOS no puede establecer precios, determinar valores de cobertura, categorizar costos, aprobar presupuestos, determinar forma de pago, analizar partidas presupuestarias, participar en procesos de compras, contrataciones, etc., pese a ello podrá opinar sobre el precio de un servicio si resulta evidentemente superior al del mercado.

CAPITULO III - MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO.

1.-Generalidades.

Considerase medicamentos de Alto Costo, tanto los destinados a enfermedades de baja prevalencia, que demandan volúmenes crecientes de recursos financieros, como así también, aquellos medicamentos solicitados por afiliados, que por razones de imposibilidad económica

o de vulnerabilidad social (comprobada mediante informe social y documentación respaldatoria) no pueden solventar su adquisición, aún efectuándose los descuentos reglamentarios del CINCUENTA POR CIENTO (50%) o bien descuentos superiores al SETENTA POR CIENTO (70%), previstos por normas especiales.

Se establece como parámetro promedio para considerar a un medicamento como de Alto Costo, cuando el monto a abonar por el afiliado supere el CUARENTA POR CIENTO (40%) del ingreso del grupo familiar del Beneficiario, conforme lo establece la Organización Panamericana de la Salud en su Serie Técnica No. 1 “Medicamentos esenciales, acceso, e innovación - El acceso a los medicamentos de alto costo en las Américas: contexto, desafíos y perspectivas”, emitida por el Área de Tecnología, Atención de la Salud e Investigación Proyecto de Medicamentos Esenciales y Productos Biológicos (THR/EM) El acceso a los medicamentos de alto costo en las Américas: contexto, desafíos y perspectivas Washington, DC: OPS, 2009.

2.-Forma de Presentación y Requisitos.

La solicitud es iniciada por el afiliado o por quien lo represente, ante la División SERVICIOS DESCENTRALIZADOS CABA Y GRAN BUENOS AIRES. En el caso de afiliados del interior, se inicia por ante la DUOF del domicilio del afiliado, la cual gira la petición en forma directa a la División SERVICIOS DESCENTRALIZADOS INTERIOR I o II, según corresponda.

Ésta, verifica la afiliación del peticionante y consulta a la División PRESUPUESTO sobre la existencia de crédito presupuestario a fin de afrontar el gasto requerido. En caso de considerarlo pertinente emite opinión fundada justificando la excepcionalidad, y eleva el obrado al Departamento de ATENCION EXTRAHOSPITALARIA, quien lo remite a la División JUNTA DE EVALUACIÓN DE BENEFICIOS para su consideración y dictamen.

Requisitos a cumplir por parte del Afiliado.

- 1) Prescripción Médica Original, en la que se indique la medicación para la cual se solicita cobertura, confeccionada en Formulario Especifico, firmada y sellada por médico especialista en la patología tratada, perteneciente a la Superintendencia de BIENESTAR, con supervisión del Jefe del Servicio interviniente del CMPCHV. En el caso de las solicitudes de medicamentos efectuadas para afiliados que residen en el

interior, la prescripción médica deberá ser transcripta por médico de la respectiva DUOF, o en su defecto validada por el Médico auditor del ámbito del Departamento de ATENCIÓN EXTRAHOSPITALARIA o en el que en el futuro se designe.

Dicha Prescripción Médica Original deberá contener:

- a) Datos del Beneficiario (Nombre y Apellido, N° de afiliado, N° de documento).
 - b) Diagnóstico.
 - c) Nombre genérico del fármaco, conforme lo dispuesto por la Ley N° 25.649. Ante la necesidad de indicar medicamentos por nombre comercial, el médico tratante deberá justificar dicho pedido y fundamentarlo.
 - d) Fecha y lugar de expedición firmada por médico tratante. El solicitante, deberá presentar la receta ante la Dependencia correspondiente, dentro de los TREINTA (30) días de su expedición. Transcurrido ese plazo la prescripción se considera vencida.
 - e) Tiempo del tratamiento y cantidad de dosis (vgr. por Única Vez, por día, por mes, cada SEIS (6) meses, etc.) deberá detallar el tiempo estimado de tratamiento, no debiendo superar el año; caso contrario, deberá tramitar su renovación y/o aumento de dosis, se deberá anexar copia de Historia Clínica, con la evaluación y el estado actual de salud del afiliado.
- 2) Formulario de Provisión de Medicación sin cargo, emitido por el Servicio Correspondiente y enviada a la División SERVICIOS DESCENTRALIZADOS DE CABA Y GBA ó por las División es SERVICIOS DESCENTRALIZADOS DE INTERIOR I o II, según el domicilio del solicitante, el cual deberá contener los precios de la medicación incluida. (solo para el caso de solicitudes de medicamentos que no pueden ser adquiridas por afiliados en estado de imposibilidad económica o vulnerabilidad social). El que se adjunta al presente instructivo como ANEXO I.
- 3) Último recibo de sueldo, de haber de retiro o pensión emitido por la C.R.J.P.F.A. del Afiliado Titular de la Obra Social.

Requisitos que debe agregar la dependencia correspondiente:

- 1) Constancia de Afiliación Expedida por la Sección AFILIACIONES o el método que se valide en el futuro a fin de agilizar las tramitaciones.

- 2) Informe Socio Ambiental, efectuado por la Sección ASISTENCIA SOCIAL.
- 3) Consentimiento Informado, firmado por el Paciente, de la cual surja que ha recibido toda la información relativa al tratamiento con el medicamento solicitado y la libre voluntad de someterse al mismo.
- 4) En caso de pretender el cambio y/o agregado de medicación el profesional tendrá que fundamentar esta decisión conforme lo obrante en la Historia Clínica.
- 5) Cuando se trate de suspensión y reemplazo de medicación, se deberá ampliar en los antecedentes relacionados con el cuadro de salud, resultados de medicación anterior y justificación de la nueva indicación.
- 6) En caso de no evaluarse el pedido por falta de algún requisito, la JUNTA DE EVALUACION DE BENEFICIOS informará claramente la formalidad faltante a fin de que el afiliado lo subsane.

3.-Procedimiento para su Evaluación.

- 1) Al evaluar cada solicitud, se tendrá en cuenta la incidencia que genera el costo y la cantidad de los medicamentos prescritos en la situación económica del solicitante y de su grupo familiar, la patología a tratar, cronicidad de la misma y tipo de fármacos prescritos.
- 2) Para el caso de los Afiliados que presenten patologías incapacitantes que ameriten Certificado Único de Discapacidad, pero que no lo acrediten, la División JUNTA DE EVALUACIÓN DE BENEFICIOS, aplicando normativa vigente (Ley 22.431, Ley 24.901 y aquellas que en el futuro las deroguen o modifiquen) evaluará la Historia Clínica e informe social, a fin de encuadrar el beneficio solicitado como correspondiente a discapacidad. Asimismo, se procederá a notificar al afiliado y o representante que deberá tramitar el correspondiente Certificado Único de Discapacidad, dentro de los DIEZ (10) días de emitirse el correspondiente acto administrativo, quedando supeditada su continuidad a que el beneficiario obtenga el mentado certificado dentro de los TRES (3) meses.
- 3) Los Médicos que integran la División JUNTA DE EVALUACIÓN DE BENEFICIOS, determinarán conforme cada patología, los Estudios complementarios necesarios a solicitar, a efectos de avalar y fundamentar tanto el diagnóstico determinado, como el tratamiento con el medicamento solicitado, a los fines de evitar gravámenes económicos para la OBRA SOCIAL.

- 4) Se dejará constancia del dictamen emitido por la División JUNTA DE EVALUACION DE BENEFICIOS en acta de estilo, la cual será cargada en el respectivo sistema informático, como documento reservado.
- 5) Emitido el Acto Resolutorio respectivo por la Dirección General de OBRA SOCIAL, se remitirá el expediente para notificación del interesado y/o familiar responsable del mismo y posterior archivo en la Dependencia de origen.
- 6) El Acto resolutorio dictado por la Dirección General de OBRA SOCIAL denegando el otorgamiento de un beneficio contemplado en el presente Instructivo, será recurrible administrativamente, conforme a la normativa vigente según el carácter policial o no del recurrente.

Este punto será de aplicación para este Capítulo, como para el resto de los que conforman este Instructivo.

4.-Plazos de cobertura de MAC.

Los plazos de cobertura serán de:

- a) TRES (3) a SEIS (6) meses o por UNICA VEZ, para aquellos casos de solicitud de medicamentos para enfermedades de baja incidencia pero que requieren altos recursos económicos, ello a los efectos de conocer mediante informes periódicos producidos por el médico tratante, sobre la evolución de la patología conforme los resultados del tratamiento.
- b) Hasta UN (1) año o por ÚNICA VEZ, para los casos de los medicamentos destinados al tratamiento de patologías crónicas o agudas, para aquellas solicitudes efectuadas por afiliados que no pueden solventar los costos de adquisición por padecer imposibilidad económica o de vulnerabilidad social.

5.- Solicitud de Renovación.

La solicitud de renovación se deberá iniciar con una antelación de TREINTA (30) días al vencimiento del plazo de vigencia del beneficio de cobertura de medicamentos de alto costo, en caso de solicitud de renovación, deberá someter el caso a nueva evaluación, cuya conclusión puede ser Renovar, Modificar o Denegar la continuidad del beneficio.

Debe tenerse especialmente en cuenta, al evaluar la solicitud de renovación de la provisión gratuita de medicamentos de alto costo, que la misma es una prestación excepcional y que se concede un beneficio modificable, no generando de ninguna manera derechos adquiridos, motivo por el cual, la Renovación o Denegatoria del beneficio, estará subordinada a la existencia de datos fehacientes que demuestren beneficios terapéuticos en la evolución de la patología del paciente y que la situación socio ambiental y económica del afiliado no se hayan modificado.

CAPITULO IV - AYUDA DE GASTOS POR INTERNACIÓN GERIÁTRICA.

1.-Generalidades.

La Internación Geriátrica se encuentra dirigida a aquellos afiliados que, por tratarse de adultos mayores de SETENTA (70) años de edad o discapacitados, requieran de una internación que cubra aspectos preventivos, terapéuticos, de rehabilitación y paliativos integrando los aspectos sociales y familiares.

La cobertura de gastos por internación geriátrica no se encuentra comprendida dentro de las prestaciones obligatorias que deben cubrir las Obras Sociales u otros prestadores del sistema de salud, según el Programa Médico Obligatorio (P.M.O.); por ello, se trata de un beneficio de carácter excepcional.

No obstante, el Decreto N° 1866/83 en sus artículos 806, 807 y 910 confiere a la Superintendencia de BIENESTAR, funciones asistenciales para sus afiliados, entre las que se encuentra la asistencia para ancianos e incapacitados.

La División JUNTA DE EVALUACION DE BENEFICIOS realiza una evaluación exhaustiva a fin de determinar en qué casos corresponde el otorgamiento de una ayuda por los gastos de internación geriátrica, cuyos servicios serán provistos por institutos geriátricos habilitados, propuestos por los afiliados u otro habilitado, contratado o brindado por la obra social, que cuenten con los recursos necesarios para dar respuestas a las necesidades de los beneficiarios.

2.- Objetivos.

- El objetivo fundamental es el albergue y la contención de aquellos afiliados adultos mayores o discapacitados con CUD, que debido a su condición de salud y/o ausencia de contención por parte de familiares directos, requieran de su internación en instituciones geriátricas.
- Acompañar y asistir a esos pacientes, de acuerdo a su diagnóstico y evolución.
- Contribuir al mejoramiento de la calidad de asistencia sanitaria en todos sus componentes: equidad, eficacia, eficiencia, efectividad y accesibilidad a los servicios de salud.

3.- Requisitos.

La solicitud de Ayuda por Gastos de Internación Geriátrica se inicia en la Sección ASISTENCIA SOCIAL y la misma debe contener:

- 1) Prescripción médica de internación en Institución Geriátrica.
- 2) Solicitud del afiliado titular o representante debidamente acreditado para obtener el beneficio acorde a los antecedentes de su patología.
- 3) Copia del Documento de Identidad del Beneficiario.
- 4) Copia del Carnet de Obra Social del Beneficiario.
- 5) Constancia de Afiliación Expedida por la Sección Afiliaciones o el método que se valide en el futuro a fin de agilizar las tramitaciones.
- 6) Carnet C.R.J.P.F.A.
- 7) Copias de los TRES (3) últimos recibos previsionales.
- 8) Copias de documentación donde se justifiquen otros Ingresos.
- 9) Constancia actualizada del ANSES de no poseer otro beneficio previsional y/o afiliación obra social vigente (Certificación Negativa) de la persona para quien se solicita el beneficio.
- 10) Constancia actualizada del ANSES de no poseer otro beneficio previsional (Certificación Negativa) de los cónyuges (sin hijos) o padres (sin otros hijos), los cuales están al exclusivo cargo del Afiliado Titular que solicita el beneficio para sí.
- 11) Certificado de Supervivencia.
- 12) Presentación de TRES (03) presupuestos de establecimientos geriátricos que estén

acorde a los precios corrientes y equitativos en plaza.

- 13) Para el caso de Afiliados discapacitados que requieren la presente ayuda, deberán presentar el correspondiente Certificado Único de Discapacidad, vigente, del cual surja que se recomienda para su patología la orientación prestacional de Hogar Permanente.

4.-Rechazo del Trámite “IN-LIMINE”.

No se iniciarán trámites de solicitud de cobertura de gastos por ayuda para internación geriátrica cuando:

- A) El afiliado no posea Certificado Único de Discapacidad (CUD) y su ingreso sea superior al valor del establecimiento geriátrico que se propone.
- B) El afiliado a cargo sea titular de un haber previsional y tenga otra Obra Social.

5.- Parámetros para el Otorgamiento de la Ayuda.

Al dirimir las distintas solicitudes de cobertura de gastos por Internación Geriátrica, además de aquellas que correspondan, se tendrán principalmente en cuenta las siguientes circunstancias y parámetros:

- a) La capacidad económica del solicitante y/o su grupo familiar en relación al valor del beneficio solicitado para cubrir los gastos del establecimiento geriátrico.
- b) El grado de capacidad del grupo familiar conviviente para asistirlo en sus cuidados.
- c) Las obligaciones impuestas a los familiares (artículos n° 537 y 571 del Código Civil y Comercial de la Nación)

Por ello, el monto máximo a considerar en cada caso (independientemente del valor del instituto geriátrico que se propone) se establecerá en relación al ingreso del afiliado solicitante según la siguiente regla:

A) Casos de Adultos Mayores:

La Obra Social reintegrará mensualmente en concepto de Ayuda por Gastos de Internación Geriátrica, hasta un TREINTA Y CINCO POR CIENTO (35%) del concepto

suelo básico de un funcionario policial con la jerarquía de COMISARIO GENERAL; y si aun así no fuera suficiente para cubrir la totalidad de los servicios mensuales brindados por la institución geriátrica, la diferencia dineraria necesaria para la cobertura total del gasto correrá por cuenta del afiliado o de su grupo familiar.

B) Para Afiliados de Bajos Ingresos que tengan a su Cargo Cónyuges, Hijos Discapacitados o Padres que No tengan Beneficios Previsionales:

Sólo, en aquellos casos de solicitudes de Ayuda para Gastos de Internación Geriátrica efectuada para Afiliados Titulares de bajos ingresos, que tengan a su exclusivo cargo, hijos discapacitados, cónyuges o padres, que no cuenten estos con ningún tipo de beneficios previsionales y que no posean otros descendientes, ni hermanos, se analizará la posibilidad de elevar la magnitud del subsidio establecido en el punto 2 del presente ítem.

En estos casos, el valor de la Institución geriátrica nunca podrá exceder los valores establecidos en las Resoluciones Conjuntas del Ministerio de Salud y de la Agencia Nacional de Discapacidad, en lo referido a la modalidad de Hogar Permanente Categoría “A”

C) Casos de Afiliados Discapacitado:

Se le otorgará la cobertura del CIENTO POR CIENTO (100%), del menor valor de los presupuestos presentados, el que, en ningún caso podrá superar a los valores establecidos en las Resoluciones Conjuntas del Ministerio de Salud y de la Agencia Nacional de Discapacidad, que actualizan los valores del Sistema de Prestaciones de Atención Integral a Favor de las Personas con Discapacidad, en lo referido a la modalidad de Hogar Permanente Categoría “A” con más de TREINTA Y CINCO POR CIENTO (35%) en concepto de dependencia para aquellos afiliados que no son autoválidos.

6.-Procedimiento para su Evaluación.

Los requirentes de la Ayuda por Gastos de Internación Geriátrica deben presentar la documentación que acredite el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Capítulo IV

punto 3. “Requisitos”, del presente Instructivo.

Previo al tratamiento de cada caso, el área competente debe acreditar que la Superintendencia de BIENESTAR posee recursos para hacer frente al gasto que generaría esta prestación excepcional.

Una vez reunida la documentación y contando con recursos económicos necesarios, se dará intervención a la Sección ASISTENCIA SOCIAL, a fin de elaborar un Informe Social que contenga una exhaustiva evaluación del aspecto socio-económico y sanitario del potencial beneficiario, su núcleo familiar, informando los haberes que percibe el afiliado, verificando con documentación oficial y fidedigna la veracidad de la situación del adulto mayor que requiera la internación en cuestión.

Asimismo, el referido informe deberá contar con opinión fundada del responsable del área, manifestando expresamente si están dadas las condiciones y corresponde la evaluación de la solicitud de ayuda económica para el afiliado.

Reunida la totalidad de la información, la División JUNTA DE EVALUACION DE BENEFICIOS -previa deliberación y conclusión de los integrantes de la misma-, emitirá dictamen que quedará asentado mediante acta de estilo.

Posteriormente, tomará intervención la Dirección General de OBRA SOCIAL, con el objeto de que su titular emita acto resolutorio **OTORGANDO PARCIAL o TOTALMENTE** la ayuda por gastos de Internación Geriátrica **o DENEGANDO** la misma.

Finalmente, el expediente se remitirá a la Sección ASISTENCIA SOCIAL, para notificación del interesado o su representante y carga en el Sistema de Gestión

El plazo máximo de cobertura a otorgar será de UN (1) Año, renovable a su vencimiento.

7.-Renovaciones de la Ayuda por Internación Geriátrica.

La solicitud de renovación se deberá iniciar con una antelación de TREINTA (30) días a vencimiento del plazo de vigencia del beneficio de Ayuda por Internación Geriátrica, deberá someter el caso a nueva evaluación, cuya conclusión puede ser Renovar, Modificar o Denegar el beneficio.

Para ello, debe tenerse especialmente en cuenta, que la ayuda económica para gastos de internación geriátrica es una prestación excepcional, que concede un beneficio modificable, que de ninguna manera genera derechos adquiridos, motivo por el cual, de comprobarse que se ha modificado modificó la situación de hecho respecto del contexto primario, se reevaluarán la concepción del beneficio teniendo en cuenta la nueva situación socioeconómica del solicitante.

CAPITULO V - ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO, ASISTENCIA DOMICILIARIA, ASISTENTE MOTOR, ENFERMERIA, PARA AFILIADOS CON CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD.

1.-Generalidades.

La **RESOL-2020-806-APN-J#PFA** de fecha 9 de Octubre de 2020, en su Artículo 1º, Punto f) acápite 3), estableció la creación de la División ABORDAJE INTEGRAL A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, subordinada al Departamento ASISTENCIA Y BENEFICIOS, la cual tendrá como misión *“articular y coordinar los diferentes servicios asistenciales, sanitarios y herramientas sociales en el marco de la cobertura de salud de los afiliados con discapacidad y sus familias, desde el abordaje interdisciplinario, promoviendo su integración, inclusión social y aumento en la calidad de vida. Asimismo, entenderá en la evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de las diversas patologías que deriven de enfermedades vinculadas con el neuro-desarrollo, e intervendrá en la gestión de los trámites de los tratamientos de los afiliados con Certificado de Discapacidad”*.

Dicha resolución, solo le concedió a la División ABORDAJE INTEGRAL A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD competencia en solicitudes de beneficios ordinarios, ya que no menciona en su texto, que la División referida, intervendrá en solicitudes de carácter extraordinarias del ámbito de su injerencia específica.

Por lo tanto, las solicitudes de cobertura de prestaciones excepcionales que formulen los afiliados ante la División ABORDAJE INTEGRAL A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, que superen los límites ordinarios establecidos por esta, serán evaluadas por la División JUNTA DE EVALUACION DE BENEFICIOS conforme su competencia

excepcional otorgada en el Artículo 1°, Punto f) acápite 9) de la RESOL-2020-806-APN-J#PFA.

2.- Alcances.

- La División JUNTA DE EVALUACION DE BENEFICIOS intervendrá en las solicitudes de Acompañante Terapéutico, Asistentes Domiciliarios, Asistentes Motores, Enfermería y Prestaciones de Apoyo y Rehabilitación, para aquellos afiliados que posean Certificado Único de Discapacidad y hayan iniciado su trámite ordinario ante la División ABORDAJE INTEGRAL A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, pero que exijan mayor cantidad de sesiones a los otorgados por la mencionada División.
- El servicio estará destinado a los supuestos vinculados con la solicitud de acompañante terapéutico, asistencia domiciliaria, asistente motor, enfermería, para afiliados con Certificado Único de Discapacidad.
- Dichos tratamientos deberán ser solicitados exclusivamente por el Médico Tratante perteneciente a la Superintendencia de BIENESTAR, con indicación clara y precisa de los motivos que justifican a realizar la solicitud.
- Los mismos serán otorgado a través de horas de cobertura, cuya cantidad dependerá de la situación y complejidad del cuadro del afiliado para el cual se solicita la prestación.
- El plazo máximo de cobertura a otorgar será de hasta UN (1) año, renovable a su vencimiento.

3.- Definiciones.

Acompañante Terapéutico:

Es aquella persona cuya función consiste, principalmente, en acompañar y contener a la persona asistida, en su cotidianidad, dentro de su comunidad, entorno familiar, social y comunitario con el fin de mejorar su calidad de vida, favorecer su autonomía de acuerdo a objetivos y estrategias diseñadas en conjunto con el equipo interdisciplinario interviniente o el profesional a cargo, todo ello a fin de ayudar al paciente a mejorar su salud mental.

Asistente Domiciliario:

Es una persona con experiencia en el manejo de enfermos y de ancianos, pero sin formación teórica ni formal. Sus tareas se orientan a realizar las actividades cotidianas que el paciente no

puede hacer por sí mismo. Sus funciones son: Colaborar con el desplazamiento de la persona o su cuidado dentro y fuera del hogar; preparar comidas y dar de comer si es necesario; acompañarlo a las visitas médicas; ayudar en la administración de medicación oral por horarios; acompañar en los momentos de ocio y esparcimiento, ayudar en la comunicación con los demás si existen dificultades expresivas y en todas aquellas tareas básicas que haga al desarrollo de la vida diaria.

Asistente Motor:

Sus roles, se encuentran vinculados con la integración y el autovalimiento de las personas discapacitadas, a fin de facilitar la integración al contexto escolar, de los alumnos y alumnas con discapacidad motora, cualquiera sea el nivel y/o modalidad educativa que les corresponda, y promover el autovalimiento y la independencia en las interacciones que alumnos y alumnas establezcan respecto del entorno y/o respecto de sus propios requerimientos.

Prestaciones de apoyo:

Aquellas que recibe una persona con discapacidad o con patología crónica, como complemento o refuerzo de otra prestación médica principal. Las mismas están destinadas a niños, jóvenes o adultos discapacitados con necesidades terapéuticas o asistenciales especiales. Dichas prestaciones pueden ser: ambulatoria, atención en el domicilio, consultorio, centro de rehabilitación, etc. La misma será brindada por profesionales, docentes y/o técnicos, quienes deberán acreditar su especialidad mediante título habilitante otorgado por autoridad competente. Entre ellas se encuentran: Fonoaudiología, Kinesiología, Psicología, Psicopedagogía, Psicomotricidad, Terapia Ocupacional, Equinoterapia, Hidroterapia y Musicoterapia, etc.

Enfermería:

Debe distinguirse, el grado de profesionalización alcanzado tanto por los Licenciados en Enfermería como por los Auxiliares en Enfermería.

4.-Requisitos.

Para solicitar los tratamientos extraordinarios de: Acompañante Terapéutico, Asistencia Domiciliaria, Asistente Motor, Enfermería y Prestaciones de Apoyo para discapacitados que

posean certificado único de discapacidad, se deberá contar con:

- 1) La solicitud del beneficio, la cual debe ser presentada ante la División ABORDAJE INTEGRAL A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, quien emitirá el correspondiente formulario de INDICACIÓN MÉDICA, donde conste los datos del beneficiario, diagnóstico y el tratamiento solicitado, estableciendo su modalidad y frecuencia.
- 2) Presentar la correspondiente Prescripción Médica emitida por un Médico Psiquiatra/Neurólogo de Adultos o infantil, perteneciente a la Superintendencia de BIENESTAR, que indique la necesidad del otorgamiento del beneficio.
- 3) Certificado Único de Discapacidad
- 4) Resolución emitida por la Dirección General de OBRA SOCIAL por la cual se le otorga al solicitante las prestaciones dentro de los lineamientos y valores establecidos por la Superioridad para los beneficios ordinarios evaluados por la División ABORDAJE INTEGRAL A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.
- 5) Copia del Documento Nacional de Identidad del Beneficiario.
- 6) Copia del Carnet de Obra Social.
- 7) Constancia de Afiliación Expedida por la Sección AFILIACIONES o el método que se valide en el futuro a fin de agilizar las tramitaciones.
- 8) Informe Socio Ambiental, efectuado por la Sección ASISTENCIA SOCIAL.
- 9) Documentación que deben presentar los prestadores:
 - Plan de Trabajo de los Acompañantes Terapéuticos, Asistentes Domiciliarios o Enfermero, los cuales deberá ser completado en su totalidad, sin excepción, por el acompañante terapéutico/Asistente Domiciliario o Enfermero que llevará adelante las actividades conforme los objetivos establecidos por el Médico Especialista.
 - Título Profesional habilitante.
 - Curriculum Vitae.
 - Copia del Documento de Identidad.
 - Constancia de Inscripción en AFIP.
 - Declaración Jurada, donde se mencione que no existe vínculo de parentesco, afinidad ó lazo que lo vincule con el Afiliado.
- 10) Previo al tratamiento de cada caso, el área competente deberá acreditar que la

Superintendencia de BIENESTAR posee recursos para hacer frente al gasto que generaría esta prestación excepcional.

- 11) En ningún caso, se recibirán formularios, planillas o planes de trabajo que sean extendidos por Acompañantes terapéuticos, Asistentes Domiciliarios, Asistentes Motores, Prestaciones de Apoyo y/o Enfermeros que posean vínculo familiar o afectivo con el afiliado.

Requisitos Específicos para el Tratamiento de Acompañantes Terapéuticos.

- 1) El acompañante terapéutico deberá estar coordinado por un equipo de salud mental conformado por Médicos Neurólogos o Psiquiatra, Psicólogo y Especialistas en Adicciones.
- 2) El acompañante terapéutico debe articularse dentro de un tratamiento interdisciplinario, del cual surja una planificación total y concreta de actividades del Afiliado individualmente considerado y deberán justificarse medicamente los beneficios de la incorporación del acompañante en su vida diaria.
- 3) La Dirección General de OBRA SOCIAL, solo autorizará que el Acompañamiento Terapéutico sea realizado por un profesional de la salud:
 - a) Psicólogos
 - b) Licenciado en Psicología
 - c) Licenciado en terapia ocupacional
 - d) Profesional con título intermedio obtenido en la carrera de Licenciatura en psicología, debidamente aprobado por el Ministerio de Educación de la Nación
 - e) Acompañante Terapéutico, graduado en carrera de tecnicatura universitaria de duración igual o mayor a DOS (02) años y debidamente aprobada por el Ministerio de Educación de la Nación.
 - f) Quienes hayan efectuado cursos con títulos expedido por instituciones habilitadas a tales efectos por el Ministerio de Educación de la Nación.

5.-Procedimiento para su Evaluación.

Iniciada la solicitud a través de la División ABORDAJE INTEGRAL A LAS PERSONAS

CON DISCAPACIDAD adjuntando a dicho pedido la documentación anteriormente detallada. Los responsables de la citada Dependencia darán curso al pedido -una vez verificada la afiliación del peticionante-, debiendo posteriormente emitir opinión fundada que justifique la excepcionalidad del requerimiento.

La División JUNTA DE EVALUACION DE BENEFICIOS, determinará (en caso de ser necesario) la realización de auditoría de terreno e informes socioambientales a efectos de corroborar los datos plasmados en los antecedentes de cada caso y en los planes de trabajo.

Formulado el dictamen por parte de la División JUNTA DE EVALUACIÓN DE BENEFICIOS, la Dirección General de OBRA SOCIAL, emitirá Acto Resolutorio indicando el **OTORGAMIENTO TOTAL o PARCIAL o la DENEGATORIA** del beneficio solicitado, remitiendo el expediente, notificación del interesado y posterior archivo en la Dependencia de origen.

La autorización se otorgará por un periodo máximo de UN (1) AÑO.

6.- Topes de Coberturas.

No encontrándose en la actualidad las actividades de Acompañante Terapéutico, Asistentes Domiciliarios, Asistentes Motor, Enfermería, amparadas en la Ley N°22.431 (Sistema de Prestación Integral de los Discapacitados) ni en la Ley N°24901 (Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral en a Favor de las Personas con Discapacidad), así como tampoco en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para las Personas con Discapacidad, se hace necesario establecer un parámetro de aplicación general a efectos de determinar el valor de las horas de dichos tratamientos, todo ello, a los fines de evitar la falta de equidad que conduce a desigualdad de trato entre afiliados.

Por lo tanto, para la homologación de las prestaciones NO nomencladas, se fija un marco comparativo, con las contempladas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para las Personas con Discapacidad.

Conforme a ello, se establece una relación entre las prestaciones desarrolladas por personal que no poseen formación profesional en salud, como lo son los Acompañantes Terapéuticos

con las prestaciones de educación (Maestra de Apoyo); y para todas aquellas prestaciones no nombradas, que sean desarrolladas por personal con formación profesional en salud, se contrasta con la de prestación de apoyo (estimulación temprana, fonoaudiología, kinesiología, médico, musicoterapia, psicología, psicoterapia, psicomotricidad, psicopedagogía, psiquiatría, terapia ocupacional, etc.).

Conforme dicha relación, los valores hora a cubrir por la Dirección General de OBRA SOCIAL, serán:

Acompañante Terapéutico: CINCUENTA POR CIENTO (50%) del valor de referencia.

Asistente Domiciliario: CUARENTA POR CIENTO (40%) del valor de referencia.

Asistente Motor: CUARENTA POR CIENTO (40%) del valor de referencia.

Enfermería: Cuando el servicio sea prestado por un profesional Licenciado en Enfermería, el valor hora será del **CUARENTA Y CINCO POR CIENTO (45%)** del valor de referencia y en caso de ser prestado por un Auxiliar de Enfermería, el valor hora será fijado en el **CUARENTA POR CIENTO (40%)** de dicho valor.

En aquellos casos donde las prestaciones deban ser cubiertas en zonas desfavorables o en aquellos lugares del interior, donde solo existan escasos números de prestadores, los valores expresados podrán ser aumentando en hasta un **CINCO POR CIENTO (5%)**.

Prestaciones de Fonoaudiología, Kinesiología, Psicología, Psicopedagogía, Psicomotricidad, Terapia Ocupacional, etc: El valor será equivalente a los establecidos el Nomenclador de Prestaciones Básicas para las Personas con Discapacidad, para las prestaciones de Apoyo.

En cuanto a la cantidad de horas diarias de las prestaciones de Acompañante Terapéutico, Asistentes Domiciliarios, Asistentes Motor, Enfermería, se otorgarán las que determinen los profesionales médicos de la División JUNTA DE EVALUACIÓN DE BENEFICIOS, tomando como parámetros médicos, la patología, situación sanitaria, tipo de tratamiento y existencia de familia continente del paciente.

El límite Máximo de las prestaciones de Acompañante Terapéutico, Asistente Domiciliario y Asistente Motor, entre las que otorgue en forma ordinaria la División ABORDAJE INTEGRAL A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD y la que otorgue la División

JUNTA DE EVALUACIÓN DE BENEFICIOS no podrá superar de DOCE (12) horas diarias y hasta TRESCIENTOS SESENTA (360) mensuales.

El límite de horas a otorgar por las prestaciones de enfermería estará directamente relacionada con la cantidad de tiempo necesario que insumen las labores específicas de enfermería, establecidas en el tratamiento prescripto.

Únicamente, en aquellos casos en que la disfuncionalidad de la patología lo requiera o la red de contención familiar sea deficiente, se evaluará la solicitud de cobertura de mayor carga horaria. Para ello, dicho pedido deberá estar prescripto y fundamentado por Médico Psiquiatra o Neurólogo y se deberá incluir un plan de trabajo diario, donde se discrimine la carga horaria. Además, se deberá efectuar una evaluación socio ambiental, donde se informe acerca de la constitución del núcleo familiar, la ocupación de cada uno de sus miembros y las cargas laborales de los Padres/Tutores/Encargados e hijos mayores de edad.

La cantidad de sesiones a otorgar, para las prestaciones de apoyos, serán:

Hasta un máximo de DIEZ (10) sesiones semanales, descontadas las que de manera ordinaria le otorgare la División ABORDAJE INTEGRAL A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

Todo recurso de reconsideración, en los cuales se pretendan las coberturas de cantidades de horas mayores a las otorgadas, como aquellas solicitudes que expresen valores superiores a los arriba mencionados, la División JUNTA DE EVALUACION DE BENEFICIOS deberá elaborar un amplio informe en el que se realice una evaluación de costo-beneficio sobre el requerimiento realizado, podrá solicitar colaboración de la dependencia específica a tal efecto, posteriormente intervendrá el área de asesoramiento legal a fin de producir el dictamen de su competencia, previo al dictado del acto administrativo por parte de la autoridad competente.

7.-Renovaciones.

Vencido el plazo de vigencia del acto resolutorio que autorizó los beneficios de acompañante terapéutico, asistencia domiciliaria, asistente motor, enfermería para afiliados con certificado único de discapacidad, deberá someter el caso a nueva evaluación. Para ello deberá acompañarse junto con la documentación requerida en el Punto 3 del presente Capítulo.

Para ello, debe tenerse especialmente en cuenta, que el beneficio de tratamiento de Asistente Domiciliario, asistencia domiciliaria, asistente motor, enfermería, son prestaciones excepcionales, que concede un beneficio modificable, que de ninguna manera genera derechos adquiridos, motivo por el cual, podría denegarse el pedido de renovación de comprobarse que se ha modificado la situación sanitaria del solicitante que motivaron la necesidad del tratamiento, o por no haberse alcanzado los resultados esperados con el plan de trabajo oportunamente presentado.

CAPITULO VI - ATENCIÓN INTEGRAL PARA AFILIADOS SIN CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD.

(ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO, ASISTENTE DOMICILIARIO, PRESTACIONES DE APOYO Y/O ENFERMERIA)

1.-Alcances.

La División JUNTA DE EVALUACIÓN DE BENEFICIOS también intervendrá en las solicitudes de Acompañantes Terapéuticos, Asistentes Domiciliarios, Enfermería y Prestaciones de Apoyo para aquellos afiliados que NO posean Certificado Único de Discapacidad.

Siendo el resto de sus alcances idénticos a los enunciados en el Capítulo V Punto 2 del presente Instructivo, como así también los Requisitos Específicos expresado en el Punto 3 del mismo Capítulo.

2.-Requisitos.

Para solicitar el tratamiento de acompañante terapéutico, se deberá:

- 1) Presentar el Formulario para la solicitud de Acompañante Terapéutico ante la División SERVICIOS DESCENTRALIZADOS DE CABA Y GBA o ante las Divisiones SERVICIOS DESCENTRALIZADOS DE INTERIOR I o II, según la jurisdicción del domicilio del afiliado que lo requiere.
- 2) La solicitud debe ser efectuada por un Médico Psiquiatra/Neurólogo de Adultos o infantil, quién deberá completar el Formulario antes mencionado en su totalidad.
- 3) Presentar la correspondiente Prescripción Médica, otorgada por médico tratante y

perteneciente a la Superintendencia de BIENESTAR, que indique la necesidad del otorgamiento del beneficio. (La mera emisión de la Prescripción Médica, no podrá ser jamás considerada como una obligación legal que imponga a la Superintendencia de BIENESTAR el deber de otorgar el Beneficio).

- 4) En el caso de que el Acompañante Terapéutico sea requerido para que el niño/a pueda permanecer durante la totalidad de la jornada completa en la institución escolar a la que asiste, deberá presentar además un informe interdisciplinario, psicopedagógico y nota de la Institución educativa que dé consentimiento para el desarrollo de la prestación.
- 5) Copia del Documento Nacional de Identidad del Beneficiario.
- 6) Copia del Carnet de Obra Social.
- 7) Constancia de Afiliación Expedida por la Sección AFILIACIONES o el método que se valide en el futuro a fin de agilizar las tramitaciones.
- 8) Informe Socio Ambiental, efectuado por la Sección ASISTENCIA SOCIAL
- 9) Documentación que debe presentar los prestadores:
 - Plan de Trabajo del Acompañante Terapéutico, el cual deberá ser completado en su totalidad, sin excepción, por el acompañante terapéutico que llevará adelante las actividades conforme los objetivos establecidos por el Médico Especialista.
 - Título Profesional habilitante.
 - Curriculum Vitae.
 - Copia del Documento de Identidad.
 - Constancia de Inscripción en AFIP.
 - Declaración Jurada, donde se mencione que no existe vínculo de parentesco con el Afiliado.
- 10) Previo al tratamiento de cada caso, el área competente deberá acreditar que la Superintendencia de BIENESTAR posee recursos para hacer frente al gasto que generaría esta prestación excepcional.

3.- Procedimiento para su Evaluación.

Iniciada la solicitud a través de la División SERVICIOS DESCENTRALIZADOS CABA Y GRAN BUENOS AIRES o bien de las Divisiones SERVICIOS DESCENTRALIZADOS INTERIOR I o II, según el domicilio del requirente, adjuntando a dicho pedido la

documentación anteriormente detallada. Los responsables de las citadas dependencias darán curso al pedido -una vez verificada la afiliación del peticionante-, debiendo posteriormente emitir opinión fundada que justifique la excepcionalidad del requerimiento.

Una vez reunida la documentación y contando con recursos económicos necesarios, dará intervención a la Sección ASISTENCIA SOCIAL, a fin de elaborar un Informe Social que contenga una exhaustiva evaluación del aspecto socio-económico y sanitario del potencial beneficiario y su núcleo familiar, respaldando con documentación oficial y fidedigna la veracidad de su situación.

La División JUNTA DE EVALUACION DE BENEFICIOS, determinará (en caso de ser necesario) la realización de auditoría de terreno a efectos de corroborar los datos plasmados en los formularios con la evaluación *in situ*, para así confirmar o descartar la solicitud.

Producido el dictamen por parte de la División JUNTA DE EVALUACIÓN DE BENEFICIOS, quien deberá expedirse en tal oportunidad por el **OTORGAMIENTO TOTAL o PARCIAL o la DENEGATORIA** del beneficio solicitado. Luego, la Dirección General de OBRA SOCIAL emitirá la correspondiente resolución, con la cual, el expediente se remitirá para notificación del interesado y posterior archivo en la Dependencia de origen.

4.- Topes de Coberturas.

Para determinar los valores hora o de sesión a cubrir por cada prestación, se aplicarán los parámetros y topes de coberturas mencionados en el Capítulo V, Punto 6, del presente Instructivo.

En cuanto a la cantidad de horas a cubrir, se otorgarán los topes establecidos por la División **ABORDAJE INTEGRAL A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.**

Únicamente, en aquellos casos en que la disfuncionalidad de la patología lo requiera o la red de contención familiar sea deficiente, se evaluará la solicitud de cobertura de mayor carga horaria. Para ello, dicho pedido deberá estar prescripto y fundamentado por Médico Psiquiatra o Neurólogo y se deberá incluir un plan de trabajo diario, donde se discrimine la carga horaria. Además, se deberá efectuar una evaluación socioambiental, donde

se informe acerca de la constitución del núcleo familiar, la ocupación de cada uno de sus miembros y las cargas laborales de los Padres/Tutores/Encargados e hijos mayores de edad.

5.-Renovaciones.

Vencido el plazo de vigencia del acto resolutorio que autorizó el beneficio de Acompañante Terapéutico, Asistente Domiciliario, Prestaciones de Apoyo deberá someter el caso a nueva evaluación. Para ello deberá acompañarse junto con la documentación requerida en el Punto 3 del presente Capítulo, un Informe concreto de los trabajos realizados y los objetivos terapéuticos alcanzados.

Para ello, debe tenerse especialmente en cuenta, que el beneficio de tratamiento de Acompañante Terapéutico, Asistente Domiciliario, Prestaciones de Apoyo son prestaciones excepcionales, que conceden beneficios excepcionales, que de ninguna manera genera derechos adquiridos, motivo por el cual, podría Denegarse el pedido de renovación de comprobarse que se ha modificado la situación sanitaria del solicitante por haber desaparecido las causales psicofísicas que motivaron la necesidad del tratamiento, o por no haberse alcanzado los resultados esperados con el plan de trabajo oportunamente presentado.

CAPITULO VII - HOSPITAL DE DIA, COMUNIDAD TERAPEUTICA, TRASTORNOS ALIMENTARIOS,

1.-Generalidades.

Un **hospital de día** es una estructura sanitaria asistencial por el cual el paciente recibe las técnicas terapéuticas que requiere, sin necesidad de abandonar su entorno familiar. El paciente es internado por un plazo de horas determinado, durante las cuales recibe todos los tratamientos especializados, por parte de personal específicamente capacitados, que requieren seguimiento o aparatos médicos que deben ser manipulados dentro de instalaciones médicas. Al finalizar la atención el paciente vuelve a su hogar.

Las patologías que pueden tratarse en un hospital de día incluyen los consumos problemáticos y adicciones, trastornos alimenticios (Ej. adicciones a sustancia psicoactivas, anorexia y bulimia), ciertas enfermedades psiquiátricas, enfermedades de la vejez, tratar trastornos infantiles o recibir tratamientos oncológicos. Cada hospital de día tiene diferentes horarios y

recursos de personal, e incluso abarcan áreas de tratamiento diferentes.

2.- Normativa.

La prevención, control y cobertura de las mencionadas patologías y adicciones, se encuentra regida, por: Ley de Salud Mental (N° 26.657) y su Decreto Reglamentario (603/2013). Ley Nacional N° 26.396 “Prevención y Control de Trastornos Alimentarios”. Artículo 4to.; Ley N°26934/14 “Plan Integral de Consumos Problemático” en sus artículos 4°, 8°, 10° y 13° y las normativas modificatorias que en consecuencia se dispongan.

3.- Alcances.

- La División JUNTA DE EVALUACION DE BENEFICIOS solo intervendrá en las solicitudes de **HOSPITAL DE DIA, COMUNIDAD TERAPEUTICA, TRASTORNOS ALIMENTARIOS** para aquellos afiliados que no posean Certificado Único de Discapacidad.
- El servicio estará destinado a los supuestos vinculados con el tratamiento de salud mental, de las adicciones en particular, y Trastornos Alimentarios
- Únicamente, en aquellos casos en que la disfuncionalidad de la patología lo requiera o la red de contención familiar sea deficiente, se evaluará la solicitud de cobertura de mayor carga horaria. Para ello, dicho pedido deberá estar prescripto y fundamentado por Médico Psiquiatra, Neurólogo, Especialista en Adicciones o Médico Nutricionista y se deberá incluir un plan de trabajo diario, donde se discrimine la carga horaria. Además, se deberá efectuar una evaluación socio ambiental, donde se informe acerca de la constitución del núcleo familiar.
- El plazo máximo de cobertura a otorgar será de SEIS(6) meses.

4.- Modalidades de Atención para Tratamientos de Adicciones.

1) Atención Ambulatoria:

Admisión y orientación por equipo Multidisciplinario (Médico psiquiatra, psicólogo, asistente social y/u otros actores que se requieran para establecer diagnóstico según DSM IV debiendo considerarse los Ejes para diagnóstico en Adicciones F11.2x - F12.2x - F13.2x - F14.2x - F15.2x - F16.2x - F18.2x y 19.2x), evaluación de la situación

socioambiental y selección del plan terapéutico y la modalidad. Con un mínimo de 4 consultas y 6 como máximo.

La demanda prestacional se cubrirá con Efectores Propios o Externos. Se priorizará red de efectores propios si los hubiera, no excluyente de manera justificada por disponibilidad geográfica, tal como sucede fuera del ámbito de Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires (AMBA)

Período de otorgamiento: Hasta SEIS (6) meses con posibilidad de renovación por SEIS (6) meses más sujetos a reevaluación.

2) **Hospital De Medio Día (4 Hs.) u Hospital De Día (8 Hs.):**

Criterios de admisión: Conciencia de situación y enfermedad, red de contención familiar, actividades laborales o escolares en curso.

Período de otorgamiento: Hasta SEIS (6) meses con posibilidad de renovación por SEIS (6) meses más sujetos a reevaluación.

3) **Hospital De Noche:**

Criterio de Admisión: Se constatará mediante análisis profesional de la Historia Clínica y evolución que el paciente ha cumplido con algún tratamiento previo para llegar a esta instancia de prestación. Deberán acreditar que el paciente trabaja efectivamente en forma estable como mínimo de 4 a 8 horas. En este caso el paciente cumplido el horario de trabajo regresa a la comunidad terapéutica para un grupo de cierre y sólo reside allí para dormir.

Período máximo de otorgamiento: DOS (2) meses.

4) **Tratamientos de Internación:**

a) **Internación Psiquiátrica para Desintoxicación:**

Para los casos de intoxicación severa, aguda, con descompensación clínico-psiquiátrica por uso indebido de sustancias psicoactivas.

Período máximo de otorgamiento: TREINTA (30) días con posibilidad de renovación por 30 días más, sujeto a la evaluación profesional.

b) Internación en Comunidad Terapéutica:

Para los casos de intoxicación crónica, severa con falta de contención familiar y cuando no sostiene actividades laborales ni educativas. Deberán presentar informes evolutivos mensuales por profesional tratante perteneciente al equipo profesional de la Institución prestadora y avalado por el médico auditor

Período máximo de otorgamiento: DOCE (12) meses.

El Periodo máximo que se reconocerá en concepto de reintegros para tratamientos de Droga dependencia será de TREINTA Y SEIS (36) meses, sumadas todas las modalidades requeridas para un mismo paciente.

El objetivo será realizar el proceso de rehabilitación y reinserción familiar, social y laboral en el menor plazo posible, pero se evaluará la necesidad de renovación individualmente, y para ello se solicitará informe pormenorizado de historia clínica, plan terapéutico, objetivos y metas a alcanzar y logros obtenidos.

En caso de abandono de tratamiento, se podrá renovar la prestación, por el término que reste del módulo solicitado originalmente para ese paciente.

5.- Modalidades de Atención para Tratamientos de Trastornos Alimentarios.

1) Atención Ambulatoria:

Admisión y orientación por equipo Multidisciplinario (Médico psiquiatra, psicólogo, nutricionista, clínico o pediatra, asistente social y/u otros actores que se requieran para establecer diagnóstico).

La demanda prestacional se cubrirá con Efectores Propios o Externos. Se prioriza red de efectores propios si los hubiera, no excluyente de manera justificada por disponibilidad geográfica, tal como sucede fuera del ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires (AMBA)

Período de otorgamiento: Hasta 6 meses con posibilidad de renovación por 6 meses más, sujeto a evaluación de beneficio en JEB.

2) Hospital De Medio Día (4 Hs.) u Hospital De Día (8 Hs.):

Período de otorgamiento: Hasta 6 meses con posibilidad de renovación por 6 meses más, sujeto a evaluación de beneficio en JEB.

6.-Requisitos.

Para solicitar el tratamiento de COMUNIDAD TERAPEUTICA, HOSPITAL DE DIA, TRASTORNOS ALIMENTARIOS, se deberá:

- 1) Presentar prescripción efectuada por un Médico Psiquiatra/Neurólogo de Adultos o infantil especialista en Adicciones o Medico Nutricionista; perteneciente a la Superintendencia de BIENESTAR, que indique la necesidad del otorgamiento del beneficio. Dicha prescripción deberá especificar módulo indicado (y su modalidad en el caso de los módulos ambulatorios) y diagnóstico presuntivo según DSM IV, y período de tratamiento.
- 2) Presentar el Formulario para la solicitud de Hospital de Día o Comunidad Terapéutica ante la División SERVICIOS DESCENTRALIZADOS DE CABA Y GBA o ante las Divisiones SERVICIOS DESCENTRALIZADOS DE INTERIOR I o II, según la jurisdicción del domicilio del afiliado que lo requiere.
- 3) En el caso de la solicitud del módulo hospital de noche: Presentar el certificado de trabajo del beneficiario que acredite esta actividad entre 4 y 8 hs.
- 4) Presupuesto del centro donde se propone realizar el tratamiento (3 presupuestos como mínimo, sino se deberá justificar en caso de imposibilidad).
- 5) Habilitación de la Institución ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD (donde consta el tipo de categorización de la Institución según el tipo de tratamiento de Drogodependencia que puede brindar).
- 6) Adjuntar copia del Carnet de Obra Social.
- 7) Documentación que deben presentar los prestadores:
 - Plan de Tratamiento Terapéutico, el que se llevará adelante las actividades conforme los objetivos establecidos por el Médico Especialista.
 - Constancia de habilitación, funcionamiento y categorización de los establecimientos,

emitidas por autoridad de aplicación.

- Constancia de Inscripción en AFIP.

7.- Procedimiento para su Evaluación.

Iniciada la solicitud a través de la División SERVICIOS DESCENTRALIZADOS CABA Y GRAN BUENOS AIRES o bien de las Divisiones SERVICIOS DESCENTRALIZADOS INTERIOR I o II, según el domicilio del requirente, adjuntando a dicho pedido la documentación anteriormente detallada. Los responsables de las citadas Dependencias darán curso al pedido -una vez verificada la afiliación del peticionante-, debiendo posteriormente emitir opinión fundada que justifique la excepcionalidad del requerimiento.

Previo al tratamiento de cada caso, el área competente deberá acreditar que la Superintendencia de BIENESTAR posee recursos para hacer frente al gasto que generaría esta prestación excepcional.

Una vez reunida la documentación y contando con recursos económicos necesarios, dará intervención a la Sección ASISTENCIA SOCIAL, a fin de elaborar un Informe Social que contenga una exhaustiva evaluación del aspecto socioeconómico y sanitario del potencial beneficiario y su núcleo familiar, respaldando con documentación oficial y fidedigna, la veracidad de su situación.

Al evaluar el caso, se observará especialmente, los siguientes parámetros: Tipo de Patología, edad del paciente, modalidad de internación, capacidad económica del afiliado o su grupo familiar para solventar el tratamiento.

Emitido el dictamen por parte de la División JUNTA DE EVALUACIÓN DE BENEFICIOS, donde se expedirá por el **OTORGAMIENTO** o la **DENEGATORIA** del beneficio solicitado, la Dirección General de OBRA SOCIAL deberá emitir acto resolutorio para notificación del interesado y posterior archivo en la Dependencia de origen.

8.- Topes de Coberturas.

La cobertura de los tratamientos mencionados en el presente Capítulo, se efectuarán conforme

lo establecido en: Ley de Salud Mental (N° 26.657) y su Decreto Reglamentario (603/2013). Ley Nacional N° 26.396 “Prevención y Control de Trastornos Alimentarios”. Artículo 4to.; Ley N°26934/14 “Plan Integral de Consumos Problemático” en sus artículos 4º,8º,10 y 13.

9.-Renovaciones.

Se deberá adjuntar el Acto Resolutorio próximo a vencer, por el cual se autorizó el beneficio de Comunidad Terapéutica, Hospital de Día o Trastornos Alimentarios, sometiendo el caso a nueva evaluación. Para ello deberá acompañarse junto con el pedido de renovación rubricado por el médico tratante, un Informe concreto de los trabajos realizados y los objetivos terapéuticos alcanzados.

Debe tenerse especialmente en cuenta, que el beneficio nombrado ut supra, es una prestación excepcional, que concede un beneficio modificable, que de ninguna manera genera derechos adquiridos, motivo por el cual, podría denegarse el pedido de renovación, de comprobarse que se modificó la situación sanitaria del solicitante por haber desaparecido las causales psicofísicas que motivaron la necesidad del tratamiento, o por no haberse alcanzado los resultados esperados con el plan de trabajo oportunamente presentado.

CAPITULO VIII - ORTOPEDIA

1.-Generalidades.

Se contempla la provisión de SILLA DE RUEDAS, AUDÍFONOS y ELEMENTOS DE REHABILITACIÓN cuya cobertura no se encuentre amparada por la normativa vigente o que sus costos superan los límites establecidos por el Plan de Prestaciones Básica de la Superintendencia de BIENESTAR, para ser evaluados por otras áreas.

2.- Alcances.

Comprende a todos los afiliados con o sin Certificado Único de Discapacidad, que le fueran prescripto la provisión de silla de ruedas, audífonos o elementos de rehabilitación a través de los servicios médicos específicos pertenecientes al Complejo Médico Policial “CHURRUCA-VISCA” o bien médicos de las DUOF del interior del País.

3.-Requisitos.

Para solicitar la provisión de elementos de Ortopedia se deberá, adjuntar:

- La solicitud de dichos elementos, se efectuará ante la División SERVICIOS DESCENTRALIZADOS CABA Y GRAN BUENOS AIRES o bien ante las Divisiones SERVICIOS DESCENTRALIZADOS INTERIOR I o II, según el domicilio del requirente.
- 1) La prescripción efectuada por el Médico tratante perteneciente a los Servicios de OTORRINOLARINGOLOGÍA, REHABILITACIÓN y/o TRAUMATOLOGIA del Complejo Médico CHURRUCA-VISCA o de las UNIDADES OPERATIVAS DEL INTERIOR, o bien otro Servicio que lo indique necesario.
- 2) El Certificado de Discapacidad en caso de poseer.
- 3) Copia del Documento Nacional de Identidad del Beneficiario.
- 4) Copia del Carnet de Obra Social.
- 5) Constancia de Afiliación Expedida por la Sección AFILIACIONES o el método que se valide en el futuro a fin de agilizar las tramitaciones.
- 6) Último recibo de sueldo o haber de retiro emitido por la C.R.J.P.F.A.

Previo al tratamiento de cada caso, el área competente deberá acreditar que la Superintendencia de BIENESTAR posee recursos para hacer frente al gasto que generaría esta prestación excepcional.

Una vez reunida la documentación y confirmada la existencia de recursos económicos necesarios, se dará intervención a la Sección ASISTENCIA SOCIAL, a fin de elaborar un Informe Social que contenga una exhaustiva evaluación del aspecto socioeconómico y sanitario del potencial beneficiario y su núcleo familiar, respaldando con documentación oficial y fidedigna la veracidad de su situación.

4. Procedimiento para su Evaluación.

Los responsables de las Divisiones SERVICIOS DESCENTRALIZADOS CABA Y GRAN BUENOS AIRES o SERVICIOS DESCENTRALIZADOS INTERIOR I o II darán curso al pedido -una vez verificada la afiliación del peticionante-, debiendo posteriormente emitir

opinión fundada que justifique la excepcionalidad del requerimiento y enviarlo a la División JUNTA DE EVALUACIÓN DE BENEFICIOS.

La División JUNTA DE EVALUACIÓN DE BENEFICIOS, podrá solicitar a los servicios médicos específicos, los informes necesarios que permitan determinar que los elementos de ortopedia solicitados y presupuestados, se ajustan específicamente a las necesidades físicas del paciente y al uso para el cual estarán destinados.

Al evaluar la solicitud, se observarán los siguientes parámetros: Patología, edad del afiliado, grado de discapacidad, autovalidación del mismo y tipo de elemento requerido.

Emitido el dictamen por parte de la División JUNTA DE EVALUACIÓN DE BENEFICIOS, se deberá expedir por el **OTORGAMIENTO TOTAL o PARCIAL** o la **DENEGATORIA** del beneficio solicitado. La Dirección General de Obra Social deberá emitir la resolución para notificación del interesado y posterior archivo en la Dependencia de origen.

5.- Topes de Coberturas.

A los fines de determinar los Valores Máximos a cubrir, solo se tomarán como parámetros, los valores en plaza de los elementos de fabricación nacional que tengan las siguientes características (independientemente de las características de los elementos prescritos):

Sillas de Ruedas Livianas:

- a) Material: Aluminio.
- b) Plegable.
- c) Asiento de cuero sintético.
- d) Altura asiento 50 cm.
- e) Altura total 88 cm.
- f) Ancho de asiento 41 cm.
- g) Profundidad de Asiento 43 cm.
- h) Largo Respaldo 46 cm.
- i) Largo total 104 cm.
- j) Apoya brazos fijos.
- k) Pedanas Fijas – Plegables.
- l) Ruedas Traseras 60 cm / Ruedas Delanteras 20 cm.
- m) Peso soportado 110 kg.
- n) Peso Aproximado 14.5 Kg.

Silla de Ruedas Motorizada:

- a) Apoya brazos rebatibles.
- b) Pedana Desmontable.
- c) Ruedas: Delanteras 56 cm / Traseras.
- d) Velocidad Máxima 6 km/h.
- e) Distancia Frenado 1,2 mts.
- f) Altura Máxima obstáculo 12 cm.
- g) Pendiente máxima 6° en subida / 9° en bajada.
- h) Autonomía 12 – 15 Kg.
- i) Potencia Motor 250 Watts.
- j) Cargador 100 – 240 Voltios.
- k) Peso silla 45 kg.
- l) Peso soportado 100 Kg.

Silla de Ruedas Deportivas:

- 1) Material: Aluminio Ultraliviano.
- 2) Altura total 71 cm.
- 3) Ancho total 65 cm.
- 4) Ancho asiento 36 cm.
- 5) Ruedas Traseras 60 cm con cubiertas neumáticas.
- 6) Rueda Delantera 12 cm, regulables en altura, con cubiertas sólidas,
- 7) Peso 11 Kg.

Silla Postural:

- 8) Material: Aluminio Esmaltado.
- 9) Sistema de inclinación TILT.
- 10) Pads de contención regulables.
- 11) Apoyacabeza ajustable desmontable.
- 12) Asiento con inclinación 0° - 45°.
- 13) Apoyabrazos, Apoyapiés, Pantorrillas, regulables/desmontables
- 14) Ruedas Antivuelco.
- 15) Cuña abductora.
- 16) Cinturón de Seguridad.
- 17) Frenos a palanca.
- 18) Largo Máximo 110 cm recta / 150 reclinada.
- 19) Alto Máximo 140 cm.
- 20) Ancho Asiento 38 cm.
- 21) Alto Respaldo 42 cm.
- 22) Ruedas: Delanteras 15 cm / Traseras 38 cm.
- 23) Peso silla 20,8 kg.

Silla De Ruedas De Traslado Pacientes Con Movilidad Reducida.

(Silla de traslado elevable para pacientes con movilidad reducida)

- Frenos para el acompañante.
- Sistema de bloqueo.

- Respaldo partido.
- Chasis de acero inoxidable.
- Pedal hidráulico para regular la altura.
- Cinturón lumbar para seguridad del usuario
- Abertura posterior, en forma de hojas.
- Cubiertas macizas
- Frenos en las 4 ruedas traseras para garantizar la seguridad.
- Apta para ducha.
- Almohadón desmontable.
- Mesa desmontable para comer.
- Altura total: 90.2 cm a 108.2 cm
- Ancho máximo: 60 cm
- Profundidad total: 71 cm
- Apertura del respaldo: 180 grados
- Diámetro de ruedas delanteras: 12 cm.
- Diámetro de ruedas traseras: 6 cm.
- Altura del asiento regulable: 47cm a 66 cm.
- Altura de las patas delanteras al piso: 11 cm.
- Peso: 60 kg.

Las características de la silla podrán sufrir algunas modificaciones en cuanto a su tamaño, ya que éstas se encuentran en directa relación con el tamaño del paciente.

Bipedestador

Sistema Bipedestador progresivo desde la posición de sentado.

- Estructura de Acero, de caño tubular.
- 4 Ruedas, 2 con giro libre.
- Con Freno.
- Dispositivo indicador de Angulo.
- Pistón Hidráulico con palanca para auto bipedestación
- Apoya pies independientes regulables en altura.
- Rodilleras rebatibles regulables en altura.
- Mesa plástica con portaobjeto, rebatible, regulable en profundidad.
- Cinturón Pélvico de 2 puntos con hebilla botón.
- Apoyacabezas regulables en altura, profundidad e inclinación

Andador 3 Ruedas con Canasto y Bolso.

- Material: Aluminio anodizado.
- Cantidad de ruedas: 3.
- Regulable en Altura.
- Sin Asiento.
- Con Canasta.
- Plegable.
- Con frenos.
- Con bandeja porta objetos.
- Altura regulable en 7 posiciones cada 2.5 cm.
- Rango de altura: 81.5 cm - 96.5 cm.

- Ancho: 61 cm.
- Diámetro de ruedas: 20 cm.
- Peso: 7 kg.
- Peso máximo soportado: 100 kg.

Andador Ortopédico Plegable C/Ruedas Frenos Asiento Canasto.

- Estructura de aluminio ultraliviano.
- Manijas de altura ajustable.
- Empuñaduras ergonómicas.
- Frenos de doble función (tipo bicicleta o fijo).
- Ruedas sólidas de 20 cm.
- Ruedas delanteras giratorias.
- Pliegues para almacenamiento y transporte.
- Asiento acolchado con respaldo desmontable.
- Con Canasto.
- Plegable.
- Regulable en altura: Mínimo 78 Máximo 90cm.
- Altura del asiento al piso: 52cm.
- Ancho total: 62cm.
- Peso: 9kg.
- Peso máximo soportable: 100kg

Silla Baño Inodoro Portátil Plegable Cromado C/ruedas D332

- Estructura de acero cromado con ruedas, apoyabrazos y respaldo.
- Frenos en ruedas traseras.
- Patas de aluminio regulables en altura.
- Peso máximo del usuario: 100 kg.
- Ruedas giratorias de 7,5 cm
- Ancho total: 55 cm.
- Altura de asiento: mínimo 45 cm / máximo 55 cm.
- Altura total: mínimo 78 cm / máximo 88 cm.
- Espacio libre bajo asiento: 40-50 cm.
- Peso Máximo Soportado: 100 kg.

Silla Baño Ducha Aluminio Apoyabrazos y Respaldo Ntp.

(asiento para ducha regulable aluminio con apoya brazos y respaldo inodoro portátil y silla de ducha).

- Con basinilla
- Regulable en altura
- Altura mínima: 82 cm
- Altura máxima: 99 cm
- Ancho: 46 cm
- Profundidad: 63 cm.
- Escotadura para higienizar partes íntimas
- también funciona como eleva inodoro.

- Capacidad de peso :100 kg
- Peso del artículo : 3 kg
- Peso Máximo Soportado: 100kg.

Banco Transferencia Bañera Ducha Giratorio Deslizante 14680

(Silla de Transferencia Giratoria y deslizante con marco de aluminio inoxidable).

- Material: Marco de aluminio inoxidable.
- Asiento y Respaldo de espuma ultrasuave cubiertos de material impermeable.
- Profundidad total: 50 cm.
- Altura total: 78 cm.
- Ancho total: 83 cm.
- Ancho de asiento: 51 cm
- Profundidad de asiento: 37 cm.
- Peso: 8.4 kg.
- Capacidad de peso: 150 kg.

Cama Hospitalaria Eléctrica de 3 Movimientos.

- Ruedas silenciosas con sistema de bloqueo central.
- Cabezal y pie desmontables.
- Barandillas de aluminio plegables.
- Control remoto.
- 2 baterías recargables de 9v (para cortes de luz).
- Dimensiones externas: 216 x 106 cm.
- Dimensiones del colchón: 192.5 x 106 cm.
- Altura: 43.5 cm (min.)- 74 cm (max.).
- Movimientos: 3.
- Inclinación de respaldo: 0 a 75 ° (+ 10°).
- Inclinación para rodillas: 0 a 35° (+10°).
- Ajuste de la altura: +/- 30.5 cm.
- Peso soportado: 250 kg.

Cama Ortopédica Eléctrica

(Cama Ortopédica Eléctrica para el cuidado en el hogar).

- Marco de la cama: acero perforado y recubrimiento en polvo.
- Cabezal y estribo de ABS desmontables.
- Ruedas silenciosas con frenos independientes.
- Tamaño: 2080x960x550mm.
- Manivelas de acero inoxidable.
- Baranda lateral de aluminio plegable.
- Inodoro incorporado: 200 x 270 mm.
- Con colchón de la cama y mesa de comer.
- Pie de suero incorporado.
- Con motores

- Respaldo: 0-75° (+ 5°).
- Reposa rodillas: 30-45° (+ 5°).
- Volteo a izquierda y derecha 0-50°.
- Peso de la cama: 65 kg.
- Carga segura: 250 kg

Elevador de Pacientes

(Grúa levanta paciente con elevador hidráulico con arnes)

- Cuatro ruedas, 2 con trabas.
- Ancho de la base ajustable: 59,5 cm a 80 cm.
- Dispositivo manual de control de emergencia en caso de rotura.
- Altura mínima del soporte del arnés :65cm
- Altura máxima del soporte del arnés :173 cm.
- Largo total: 118 cm.
- Altura mínima desde el suelo: 43cm
- Distancia del piso a la cara superior de las patas de apoyo: 11cm
- Capacidad máxima de carga: 150kg

Audifonos (Otoamplifonos)

Tipo Intuition 12 o de similar característica y/o tecnología existente en plaza

- 12 bandas de canales ajustables, 8 canales de escucha.
- Identificación y eliminación de ruidos no deseados.
- Bajo consumo de energía.
- Sistema de rango dinámico entre 90db y 110db.
- Compatibilidad con Implantes cocleares contralaterales Med-El.

Tipo Max Up Pro o de similar característica y/o tecnología existente en plaza

- Multi canal.
- Enmascarador de Acufenos
- Hipoacusias severas / profundas, pacientes pediátricos desde los primeros meses.
- Reducción de ruido ambiente, para mejor escucha funcional.
- Cambio de programa automático mediante el uso de celular.
- Efecto Pinna: ajuste de micrófono automático para identificar fuente sonora.
- Compresión frecuencial, para adaptar a áreas frecuenciales de menor escucha.
- Compatibilidad con Implantes cocleares contralaterales Med-El y Cochlear.

Tipo Naida 90 o de similar característica y/o tecnología existente en plaza

- Multi canal.
- Adaptación para Hipoacusias Profundas en pacientes desde los 3 meses de vida.
- Identificador de ambientes de escucha y clasificador automático para adaptar audición.
- Compresión frecuencial para adaptar áreas frecuenciales de menor escucha.
- Compatibilidad con implantes cocleares contralateral AdvancedBionic.

En caso de que los afiliados solicitantes, pretendan elementos de mayor tecnología a los otorgados, elección de marcas o importados, la solicitud de dichos elementos deberá ser canalizados por una Junta Médica Interdisciplinaria, cuyo informe será enviado para intervención de la División JUNTA DE EVALUACION DE BENEFICIOS, la cual se expedirá a través de un dictamen debidamente fundado, posteriormente se dará intervención al Área Legal pertinente y posterior consideración de la Superioridad.

6.- Adquisición y Entrega de Elementos de Ortopedia.

Las adquisiciones que se realicen en el marco del presente instructivo deberán ajustarse al procedimiento de compra actualmente establecido o bien el que en el futuro lo modifique o reemplace.

La entrega de los elementos de ortopedia, se realiza bajo la modalidad más apropiada, ya sea entrega definitiva o en comodato. Ello, conforme la característica de uso, funcionalidad y vida útil de los mismos, a fin de permitir uso integral e ilimitado por parte del beneficiario y a la Superintendencia de BIENESTAR, recuperar el dominio de todos aquellos elementos, que conserven sus prestaciones y vida útil, luego de haber sido utilizado por el afiliado.

Se adjunta como ANEXO III, Modelo de Contrato de Comodato.

7.-Renovaciones.

Se debe adjuntar el Acto Resolutorio a vencer, en el cual se autorizó el beneficio de ORTOPEDIA, sometiendo el caso a nueva evaluación. Para ello deberá acompañarse junto con la documentación mencionada en el Punto 3 del Presente, un Informe concreto donde se justifique el cambio o renovación del elemento cuya provisión vuelve a solicitarse, el cual es realizado por el médico especialista.

CAPITULO IX – INTERNACIÓN DOMICILIARIA, EXTERNACION HOSPITALARIA DEL COMPLEJO MÉDICO “CHURRUCA-VISCA”.

1.-Generalidades.

Entiéndase por **Internación Domiciliaria**, aquella modalidad de asistencia de salud en domicilio para adultos y niños que lo requieran, debido a condiciones de discapacidad transitoria o la pertinencia de su tratamiento en casa, provisto por profesionales bajo la

dirección de un médico. Los servicios de Internación domiciliaria incluyen cuidados de enfermería, terapia física, de lenguaje y ocupacional, visitas de médicos clínicos o especialistas, así como también servicios médicos sociales con la finalidad de detectar, valorar, dar apoyo y hacer un seguimiento de la persona con problemas de salud y de su familia potenciando su autonomía y la calidad de vida.

La **Externación Hospitalaria**, para todos aquellos afiliados que encontrándose internados en el Complejo Médico CHURRUCA-VISCA, deben continuar con tratamientos para su recuperación total, pueden realizarlo en domicilio, disminuyendo el riesgo de infección intrahospitalaria, la cual prolongaría la internación en el nosocomio y elevando considerablemente los costos.

2.-Requisitos.

Tanto la solicitud de Internación Domiciliaria, como la solicitud de Externación del Complejo Médico Churruca – Visca (Alta Vigente), se tramitarán ante la División SERVICIOS DESCENTRALIZADOS CABAYGRANBUENOSAIRE Sobien las Divisiones SERVICIOS DESCENTRALIZADOS INTERIOR I o II, según el domicilio del requirente. Dicha solicitud deberá ser acompañada, por:

- 1) Prescripción Médica Original, emitida por Médico de la Superintendencia de BIENESTAR, ya sea del Complejo Médico Policial, Médico de Zona o de la DUOF correspondiente. La Cual deberá contener: Datos del Beneficiario (Nombre y Apellido, N° de afiliado, N° de documento), Diagnóstico, Tratamiento a cubrir y tiempo de duración del mismo.
- 2) Formulario de Altas Urgentes (en el caso de externación hospitalaria), emitido por el profesional médico del Complejo Médico “Churruca – Visca”, en el cual se detallarán las prestaciones que deben suministrarse al paciente y el tiempo de duración de la misma. El que se adjunta al presente instructivo como ANEXO II.
- 3) Copia de Carnet de Obra Social del Beneficiario.
- 4) Constancia de Afiliación Expedida por la Sección AFILIACIONES o el método que se valide en el futuro a fin de agilizar las tramitaciones.
- 5) Copia del Documento de Identidad del Beneficiario.
- 6) Copia de Recibo de Haberes.

- 7) Informe socio económico - ambiental, efectuado por la Sección ASISTENCIA SOCIAL.
- 8) Certificado Único de Discapacidad, de poseerlo
- 9) Previo al tratamiento de cada caso, el área competente deberá acreditar que la Superintendencia de BIENESTAR posee recursos para hacer frente al gasto que generaría esta prestación excepcional.

3.-Procedimiento para su Evaluación.

El afiliado inicia la solicitud a través de la División SERVICIOS DESCENTRALIZADOS CABA Y GRAN BUENOS AIRES o bien de las Divisiones SERVICIOS DESCENTRALIZADOS INTERIOR I o II, según el domicilio del requirente, adjuntando a dicho pedido la documentación anteriormente detallada. Los responsables de las citadas Dependencias darán curso al pedido -una vez verificada la afiliación del peticionante-, debiendo efectuar auditoría de las prestaciones que forman parte de la internación domiciliaria, para posteriormente emitir opinión fundada que justifique la excepcionalidad del requerimiento.

Previo a analizar el pedido, las áreas competentes, verificarán la existencia de crédito presupuestario a fin de afrontar el gasto.

Una vez reunida la documentación y contando con recursos económicos necesarios, La División JUNTA DE EVALUACIÓN DE BENEFICIOS, evaluará la documentación requerida, pudiendo requerir informes a los médicos tratantes (los cuales se diligenciará con carácter de muy urgente).

Se contemplará especialmente, el tipo de cada prestación, comienzo y duración de las mismas; estado de autovalidación del paciente, según índice de Barthel modificado; postración, grupo familiar conviviente y capacidad económica del mismo.

Emitido el dictamen por parte de la División JUNTA DE EVALUACIÓN DE BENEFICIOS, el cual deberá encontrarse debidamente fundado a través de los informes producidos por el equipo interdisciplinario que la conforman y emitida la correspondiente Resolución por parte de la Dirección General de OBRA SOCIAL, expidiéndose sobre al OTORGAMIENTO o

DENEGATORIA del beneficio, el expediente será remitido para notificación del interesado y posterior archivo en la Dependencia de origen.

El plazo máximo de cobertura a otorgar será de SEIS (6) meses, renovable a su vencimiento.

Las prestaciones y/o adquisiciones que se realicen en el marco de la totalidad del presente instructivo deberán ajustarse al procedimiento de compra actualmente establecido o bien el que en el futuro lo modifique o reemplace. Ello, a los efectos que mediante los mecanismos y modalidades de contratación que correspondan, la obra social determine el prestador/proveedor que llevará a cabo el beneficio otorgado y/o la provisión correspondiente con la mejor calidad de servicio, en el momento oportuno y al menor costo posible.

4.-Renovaciones.

Vencido el plazo de vigencia del acto resolutorio que autorizó el beneficio de Internación Domiciliaria, deberá someter el caso a nueva evaluación. Para ello deberá acompañarse junto con la documentación requerida en el Punto 3 del presente Capítulo, un Informe de Auditoría de Terreno, efectuado por Médico de la Superintendencia de BIENESTAR.

Para ello, debe tenerse especialmente en cuenta, que el beneficio de tratamiento de Internación Domiciliaria, es una prestación excepcional, que concede un beneficio acotado en el tiempo, que de ninguna manera genera derechos adquiridos, motivo por el cual, podría denegarse el pedido de renovación de comprobarse que se ha modificado la situación sanitaria del solicitante por haber desaparecido las causales psicofísicas que motivaron la necesidad del tratamiento; por no haberse alcanzado los resultados esperados con el plan de trabajo oportunamente presentado o por estar agotados los parámetros de la internación domiciliaria.

ANEXOS

Anexo I: Formulario de Provisión de Medicación sin cargo, emitido por la División SERVICIOS DESCENTRALIZADOS DE CABA Y GBA o por las Divisiones SERVICIOS DESCENTRALIZADOS DE INTERIOR I o II.



NUMERO DE EXPEDIENTE _____

División SERVICIOS DESCENTRALIZADOS INTERIOR
 PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS SOLICITADOS PARA SU PROVISION GRATUITA

LLENAR INDEFECTIBLEMENTE POR EL PROFESIONAL EN LETRA IMPRENTA, CLARA Y LEGÍBLE

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE _____

OBRA SOCIAL Nº _____ / _____

DNI Nº _____

EDAD _____

CUID _____

DIAGNÓSTICO _____

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA _____

MEDICACION BASICA, IMPRESCINDIBLE Y ESPECIFICA DE LA PATOLOGIA BASE: Se deberá indicar la necesidad de cobertura gratuita; provisión sin cargo por parte de esta Obra Social.

Detallar los mismos indicando:

- 1) **DROGA O MONODROGA (GENÉRICO)**, en caso de indicar medicación con su nombre comercial, se deberá informar motivo del requerimiento según orden superior.
- 2) **PRESENTACIÓN:** Comprimidos, cápsulas, ampollas, sobres, etc.
- 3) **CANTIDAD DIARIA**
- 4) **CANTIDAD MENSUAL**

DROGA O MONODROGA	Cant. DIARIA	Cant. MENSUAL	Valor (Expresado en \$)	Porcentaje de cobertura (JEB)
TOTAL			\$ 0,00	

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO AUDITOR

FIRMA Y SELLO DEL JEFE DEL SERVICIO

CRITERIO MEDICO VOCAL JEB

--

AVISO IMPORTANTE: ESTA SOLICITUD DE MEDICACION DEBE SER PRESENTADA POR EL AFILIADO TITULAR, FAMILIAR QUE ACREDITE VINCULO O REPRESENTANTE LEGAL

ADJUNTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACION SIEMPRE:		
FOTOCOPIA DE:	CARNET DE OBRA SOCIAL	DNI DEL BENEFICIARIO
	ULTIMO RECIBO DE HABERES	CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
	RESOLUCION ANTERIOR	PODER EN CASO DE APODERADO LEGAL

Anexo II: Planilla de Internación Domiciliaria Integral, (Para solicitud y renovación).



NUMERO DE EXPEDIENTE _____

LLENAR INDEFECTIBLEMENTE POR EL PROFESIONAL EN LETRA IMPRENTA, CLARA Y LEGÍBLE

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE _____

OBRA SOCIAL N° _____ /

DNI N° _____

EDAD _____

CUD _____

DIAGNÓSTICO _____

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

PRESTACIONES	SI	NO	FRECUENCIA
ENFERMERIA			
MEDICO			
KINESIOLOGIA MOTORA			
KINESIOLOGIA RESPIRATORIA			
FONOAUDIOLOGIA			
ESTIMULACION TEMPRANA			
ESTIMUACION VISUAL/AUDITIVA			
TERAPIA OCUPACIONAL			
ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO			
ASISTENTE DOMICILIARIO			
OTRO :			
OTRO :			

APARATOLOGIA	CANTIDAD	TIEMPO ESTIMADO DE USO

OTRO :		
OTRO :		

INSUMOS	CANTIDAD	TIEMPO ESTIMADO DE USO
OTRO :		
OTRO :		

Anexo III: Modelo de Contrato de Comodato para entrega de material de ortopedia.

Contrato de Comodato Expt. N° :

Entre la Dirección General de OBRA SOCIAL de la POLICIA FEDERAL ARGENTINA, en adelante el “**Comodante**”, con domicilio legal en Presidente Luis Saenz Peña 375, Piso 3° de CABA y _____ Afiliado N° _____, quien acredita su identidad con el D.N.I.: _____, domiciliado en _____ -conviene en celebrar el presente contrato de comodato sujeto a las siguientes cláusulas.-----

PRIMERA: El **Comodante** da en comodato al **Comodatario:** _____ (Sillas de Ruedas, Audífono, Andador, Cama ortopédica, etc.) Marca: _____ Modelo: _____ Número de serie: _____.

SEGUNDA: El Comodatario se compromete a utilizarlo personalmente sin afectarlo a otro fin. -----

TERCERA: El **Comodatario** recibe la cosa prestada en perfecto estado de higiene y conservación, obligándose a su devolución en iguales condiciones, salvo el deterioro que el normal uso ocasione. A los efectos de evitar el deterioro prematuro de los elementos componentes del objeto del presente comodato, el “**Comodatario**” se compromete a realizar su mantenimiento preventivo de acuerdo a las recomendaciones sobre su uso.

CUARTA: El **Comodatario** autoriza en caso de fallecimiento o de no ser necesario, a la entrega al **Comodante** de los elementos prestados, valiendo el presente de expresa comodidad. -----

QUINTA: Es garante del fiel cumplimiento del presente comodato, el Sr/a: _____ quien acredita su identidad con el D.N.I. _____, domiciliado en _____ Provincia: _____ Localidad: _____, Teléfono _____, mayor de edad y hábil para este acto, quien se constituye en fiador liso y llano y principal pagador, renunciando a todo beneficio de exclusión, mientras las cosas prestadas no sean devueltas. Asimismo, es obligación del garante: a) comunicar al Comodante el fallecimiento del Comodatario dentro de las 48 horas de producida el mismo. b) devolver la cosa prestada dentro de los 15 días posteriores en el lugar determinado por el Comodante, debiendo retirar allí el comprobante de devolución con el cual se anula el presente comodato.-----

SEXTA: El Comodatario se compromete a denunciar el fallecimiento del garante dentro de las 48 horas de producido y proponer otro garante que lo sustituya.

SEPTIMA: El Comodatario y el Garante quedarán en mora automática respecto a la obligación de restituir y en su caso abonar el precio, por el sólo vencimiento de los plazos estipulados en el contrato, sin necesidad de requerimiento alguno. -----

OCTAVA: Las partes constituyen domicilio en los indicados al comienzo a todos los efectos judiciales y extrajudiciales derivados del presente, renunciando a todo fuero o jurisdicción que no sea el de los Tribunales Ordinarios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para poder someter las divergencias que se susciten. Así de conformidad se firman 4(cuatro) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto. En _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

Firma del Comodatario

Firma del Garante

Firma y Aclaración del representante legal

N° de DNI

Parentesco o Vínculo

Domicilio, Calle – Localidad – Provincia – Teléfono

Firma y Aclaración del Funcionario representante del Comodante

N° de L.P.



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
1983/2023 - 40 AÑOS DE DEMOCRACIA

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: ANEXO II "INSTRUCTIVO DE PROCEDIMIENTO INTERNO DE LA DIVISION JUNTA DE EVALUACION DE BENEFICIOS"

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 51 pagina/s.