

Resolución 1511/2012

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Bs. As., 16/11/2012

Fecha e Publicación: B.O. 20/11/2012

VISTO las Leyes N° 23.661, N° 24.901, los Decretos N° 1193/1998-PEN y N° 1172/2003-PEN, N° 1198/2012-PEN, las Resoluciones N° 1685/2012 del MINISTERIO DE SALUD, N° 1200/2012 y N° 1310/2012 de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, y el Expediente N° 219.776/2012 del registro de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD; y

CONSIDERANDO:

Que por Resolución N° 1200/2012-SSSALUD se crea el SISTEMA UNICO DE REINTEGRO (S.U.R.), para la implementación y administración de los fondos destinados a apoyar financieramente a los Agentes del Seguro de Salud, para el reconocimiento de las prestaciones médicas de baja incidencia y alto impacto económico y las de tratamiento prolongado (art. 2°).

Que el artículo 3° de la norma aprueba el listado de patologías, incorporado como Anexo III, que incluye las prestaciones básicas por Discapacidad por las cuales las Obras Sociales podrán solicitar los reintegros por prestaciones vinculadas a ellas.

Que frente al dictado de la citada Resolución, los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud manifestaron tener propuestas normativas respecto del Anexo referido.

Que esta Superintendencia atendiendo a la situación planteada, dicta la Resolución N° 1310/2012-SSSalud, por la que se suspende hasta el 30 de noviembre de 2012 la entrada en vigencia de su similar N° 1200/12-SSSalud; invitando a los Agentes del Seguro de Salud inscriptos en el Registro Nacional de Obras Sociales, a presentar propuestas para una mejor



implementación de la mencionada Resolución N° 1200/2012-SSSalud y fundamentalmente, alcanzar sus objetivos, que son el incremento de la eficacia y la transparencia de los procesos de otorgamiento de los reintegros.

Que lo dispuesto se da en el marco del Decreto N° 1172/03 PEN que establece la elaboración participativa de normas, como un mecanismo por el cual se habilita un espacio institucional para la expresión de opiniones y propuestas respecto de proyectos de normas administrativas y/o proyectos de ley, con el objeto de permitir una efectiva participación ciudadana y mejorar la calidad democrática de las instituciones.

Que habiendo evaluado la totalidad de las propuestas recepcionadas, es que se toma la decisión de regular en forma exclusiva un sistema de reintegro por prestaciones básicas a brindar a personas con discapacidad.

Que en este orden, la Ley 24.901 establece en su art. 1° un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos.

Que la norma en su art. 2° preceptúa que las obras sociales, comprendiendo por tal concepto las entidades enunciadas en el artículo 1° de la Ley 23.660, tendrán a su cargo con carácter obligatorio, la cobertura total de las prestaciones básicas enunciadas en la presente ley, que necesiten las personas con discapacidad afiliadas a las mismas.

Que dichas prestaciones serán financiadas con recursos provenientes del FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCION, respecto de los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud comprendidos en el inc. a) art. 5° de la Ley 23.661 (léase, beneficiarios comprendidos en la Ley de Obras Sociales), con excepción de los jubilados y pensionados (art. 7°).



Que la Ley 23.661 crea el Sistema Nacional del Seguro de Salud (art. 1º), el que tendrá como objetivo fundamental proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva (art. 2º).

Que la referida Ley 23.661 establece, en su art. 22, que en el ámbito de la ex ANSSAL, hoy esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD funcionará bajo su administración y como cuenta especial, un FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCION, destinado entre otras cuestiones a apoyar financieramente a los Agentes del Seguro de Salud (art. 24).

Que efectuada la reseña normativa en la materia y en cumplimiento de la instrucción impartida en el art. 4º de la Resolución N° 1310/12-SSSalud a la Gerencia General, juntamente con las áreas técnicas de este Organismo, se reglamenta el SISTEMA UNICO DE REINTEGRO POR PRESTACIONES OTORGADAS A PERSONAS CON DISCAPACIDAD, con el fin de apoyar económicamente a los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, mediante el reintegro de los gastos que hubiera realizado para atender tales prestaciones.

Que dicho Sistema se financiará con recursos del FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCION de acuerdo con lo establecido en el inciso a) art. 7º Ley 24.901.

Que la COORDINACION ADMINISTRATIVA DE PROGRAMAS ESPECIALES elabora el Anexo I de la presente, en cuanto establece los “Procedimientos y requisitos que deben cumplir los Agentes del Seguro de Salud para solicitar reintegros por prestaciones realizadas a personas con discapacidad”.



Que la SUBGERENCIA DE CONTROL PRESTACIONAL confecciona el Anexo II en relación a las prestaciones básicas a reintegrar y el Anexo III respecto a los valores máximos a reintegrar, conforme Resolución N° 1685/12 del Ministerio de Salud.

Que la GERENCIA DE GESTION ESTRATEGICA y la SUBGERENCIA DE INFORMATICA toman la intervención de su competencia.

Que en el marco del Sistema que se crea por la presente, se establece que las Solicitudes de Reintegros por Prestaciones por Discapacidad deberán ajustarse estrictamente al procedimiento y a los requisitos contenidos en esta Resolución, como así, en la normativa vigente en materia de reintegros.

Que en los casos de denegatoria de la petición o concesión parcial del reintegro, tal circunstancia no podrá ser causal de negativa o suspensión del otorgamiento de las prestaciones demandadas a los Agentes del Seguro de Salud por los beneficiarios; toda vez que los mismos son los obligados primarios a la cobertura.

Que en cuanto a las prestaciones y/o valores incluidos en los Anexos II y III, los mismos quedarán sujetos a las modificaciones y/o actualizaciones que formule el MINISTERIO DE SALUD, a través de la normativa que dicte al respecto.

Que a los fines de la creación del PADRON DE BENEFICIARIOS CON DISCAPACIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, los Agentes deberán presentar ante esta Superintendencia, a partir del 1° de marzo de 2013, un listado con los datos de los afiliados con certificado de discapacidad; información que deberá ser actualizada mensualmente, en lo que respecta a las altas y bajas.

Que la presente Resolución será de aplicación a los reintegros de prestaciones realizadas a personas con discapacidad, a partir del 1° de octubre de 2012 en adelante.



Que esta Superintendencia elaboró la presente Resolución, con el objeto de crear el Sistema Unico de Reintegro por prestaciones básicas otorgadas a personas con discapacidad, respondiendo a una técnica legislativa que subsanara las diferentes interpretaciones a que dio lugar la Resolución N° 1200/2012-SSSALUD, que en modo alguno conculcó ni cercenó los derechos de las personas con discapacidad, los que se encuentran amparados por la legislación y tienen rango constitucional.

Que la presente se dicta en el marco del Decreto N° 1198/12 PEN que dispone la absorción de la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES dentro de la estructura organizativa de esta Superintendencia.

Que la COORDINACION ADMINISTRATIVA DE PROGRAMAS ESPECIALES, las GERENCIAS DE GESTION ESTRATEGICA Y DE ASUNTOS JURIDICOS, las SUBGERENCIAS DE CONTROL PRESTACIONAL y de INFORMATICA y la GERENCIA GENERAL han tomado la intervención de sus respectivas competencias.

Que la presente se dicta en uso de las facultades y atribuciones conferidas por los Decretos N° 1615/1996 y N° 1008/12 PEN.

Por ello,

LA SUPERINTENDENTA
DE SERVICIOS DE SALUD

RESUELVE:

Artículo 1° — CREASE el SISTEMA UNICO DE REINTEGRO POR PRESTACIONES OTORGADAS A PERSONAS CON DISCAPACIDAD, con el fin de apoyar económicamente a los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, mediante el



reintegro de las erogaciones que hubieran realizado para atender dichas prestaciones básicas.

Art. 2° — APRUEBANSE los Procedimientos y requisitos que deben cumplir los Agentes del Seguro de Salud para solicitar reintegros por prestaciones realizadas a personas con discapacidad, que como Anexo I forma parte integrante de la presente.

Art. 3° — APRUEBANSE las Prestaciones básicas a reintegrar, que como Anexo II forma parte integrante de la presente.

Art. 4° — APRUEBANSE los Valores máximos a reintegrar, conforme Resolución N° 1685/12 del Ministerio de Salud, que como Anexo III forma parte de la presente.

Art. 5° — ESTABLEZCASE que las prestaciones y/o valores incluidos en los Anexos II y III que integran la presente, quedarán sujetos a las modificaciones y/o actualizaciones que formule el MINISTERIO DE SALUD a través de la normativa que dicte al respecto.

Art. 6° — CREASE el PADRON DE BENEFICIARIOS CON DISCAPACIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD. Los Agentes deberán presentar ante esta Superintendencia, a partir del 1° de marzo de 2013, un listado con los datos de los afiliados con certificado de discapacidad; información que deberá ser actualizada mensualmente, en lo que respecta a las altas y bajas.

Art. 7° — La presente Resolución será de aplicación a los reintegros de prestaciones realizadas a personas con discapacidad, a partir del 1° de octubre de 2012 en adelante.

Art. 8° — La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD financiará las prestaciones básicas por discapacidad, a través de reintegros, siempre que las solicitudes de los mismos den cumplimiento a la normativa vigente en la materia y a los procedimientos y requisitos incluidos en la presente. En los casos de denegatoria de la petición o concesión parcial del reintegro, tal circunstancia no podrá ser causal de negativa y/o suspensión del otorgamiento de las prestaciones demandadas a los Agentes del Seguro de Salud.

Art. 9° — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y oportunamente archívese. —

Liliana Korenfeld.



ANEXO I

Procedimientos y requisitos que deben cumplir los Agentes del Seguro de Salud para solicitar reintegros por prestaciones realizadas a personas con discapacidad

I. Períodos y plazos

Los Agentes del Sistema Nacional del Seguro Salud que presenten solicitudes de reintegros por discapacidad, deberán ajustarse a la siguiente operatoria, períodos y plazos:

Se tomará como año calendario el comprendido entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre de cada año. Consecuentemente como primer semestre el comprendido entre el 1 de Enero y el 30 de Junio, y como segundo semestre el comprendido entre el 1 de julio y el 31 de Diciembre de cada año.

Las solicitudes se realizarán en forma semestral por beneficiario y reflejarán las prestaciones brindadas al mismo en los meses comprendidos dentro del primer semestre o del segundo semestre según corresponda, pudiendo reflejar desde UN (1) mes hasta SEIS (6) meses de prestación.

El plazo máximo para la presentación de las solicitudes de apoyo financiero a través del sistema de reintegros por parte del Agente del Seguro de Salud, será de DOCE (12) meses a contar desde el último mes de prestación.

II. Sistema informático SUR

Los Agentes del Seguro de Salud deberán ingresar al sitio Web del SISTEMA UNICO DE REINTEGROS (SUR) (<http://sur.sssalud.gov.ar>) para efectuar las solicitudes de reintegros y los turnos para su atención.

Para ingresar al sitio Web SUR, los Agentes deben contar con las credenciales de acceso específicas para el sistema, que se solicitaran por nota en la Mesa de Entradas de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

Para solicitar una nueva clave de acceso o la restitución de la misma deberán presentar nota firmada por el Presidente de la Obra Social, indicando el nombre, apellido y N° DNI de la persona autorizada a retirar dicha clave. Se podrán solicitar las claves que el Agente del Seguro de Salud estime necesarias, quien será responsable de su correcto uso y de pedir su baja cuando resulte innecesaria.

III. Datos



El Agente del Seguro de Salud, para poder dar inicio a las solicitudes de apoyo financiero en el marco del SISTEMA UNICO DE REINTEGROS, deberá cargar los siguientes datos en la Web:

- Indicar la Normativa que comprende el Reintegro.
- Ingresar N° de CUIL/CUIT del Beneficiario.
- Indicar el N° de Afiliado (opcional).
- Indicar los conceptos específicos por prestaciones.
- Ingresar los datos de los comprobantes contables y su tipo.

IV. Turnos

La asignación de turnos se realizará desde la misma aplicación en la solapa TURNOS. Una vez seleccionada, se desplegará un menú con los días disponibles y la Obra Social seleccionará el que le resulte más conveniente. Se mostrará por pantalla un comprobante que deberá ser impreso y presentado en la Mesa de Atención SUR.

V. Validación de los datos

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD procederá a realizar la validación de la información suministrada por el Agente del Seguro de Salud con el Padrón de Beneficiarios, el Registro Nacional de Prestadores, el Registro Nacional de Obras Sociales y con la información aportada por la ANSES, AFIP, SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION y otros organismos públicos.

VI. Nota de Solicitud de Reintegros

Cada solicitud de reintegro deberá ser presentada el día del turno asignado con la constancia emitida y la nota dirigida a la máxima autoridad de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, suscripta por el Presidente del Agente del Seguro de Salud solicitante, certificada su firma por institución bancaria o escribano público. La nota de solicitud deberá ajustarse a lo establecido en la normativa general vigente en materia de reintegros dictada por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD o la ex-ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES.

Sin perjuicio de ello, el Agente de Salud deberá indicar también la siguiente información:

- Normativa a la que vincula su solicitud de reintegro



- Patología
- Número CUIL/CUIT del beneficiario
- Concepto o módulo solicitado
- Dirección de la casilla de correo electrónico en la que aceptará como válida la notificación electrónica de las providencias, disposiciones y resoluciones emitidas en el marco del SISTEMA UNICO DE REINTEGROS.
- Contacto con la Obra Social (nombre, apellido y teléfono)

VII. Requisitos y documentación a presentar

El Agente del Seguro de Salud deberá acompañar a la nota de solicitud, la siguiente documentación:

- Certificado de afiliación firmado por el Presidente del Agente del Seguro de Salud, con certificación bancaria o de Escribano Público.
- Consentimiento por el plan de tratamiento suscripto por el beneficiario o su representante y por el profesional actuante.
- Fotocopia del Certificado de Discapacidad.
- Resumen de Historia Clínica de Discapacidad firmada en original por el Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud, de acuerdo al modelo adjunto en esta resolución.
- Documentación de la prestación de Discapacidad efectuada por la cual se requiere reintegro, de acuerdo con las especificaciones que correspondan.
- Fotocopia de la Disposición de Inscripción (completa) y del Certificado de Inscripción del Prestador en el Registro Nacional de Prestadores de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD para los casos de Rehabilitación y Estimulación Temprana y otros vigentes; y para el resto de las prestaciones, la fotocopia de la Constancia de Inclusión en el Registro Nacional de Prestadores de Discapacidad del SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION según el Decreto N° 1193/98, con indicación de la razón social, el domicilio del establecimiento, la prestación y la categoría.
- Certificado de Alumno Regular del Centro Educativo correspondiente.

Documentación contable:



Fotocopia de la factura o reemplazo completo en todos sus ítems según normas vigentes de AFIP sobre el particular, con firma y sello del responsable del área contable y del responsable del área de liquidación de prestaciones del Agente del Seguro de Salud y/o del Auditor Médico, con los siguientes datos:

Nombre y Apellido del Beneficiario.

Detalle de la prestación. En caso de transporte debe detallar:

Cantidad de viajes: Punto de partida y destino:

Cantidad de kilómetros recorridos:

Indicar si es beneficiario con dependencia: SI NO

Período o fecha de prestación.

Monto individual y sumatoria total de la prestación facturada.

- En el caso de facturas globales que no contengan este detalle, deberá acompañarse de un Resumen de Facturación y/o Rendición Individual confeccionada y firmada por el prestador, donde conste el número de factura a la que pertenecen. Ambos documentos con firma y sello del responsable del área contable y del responsable del área de liquidación de prestaciones del Agente del Seguro de Salud y/o del auditor médico.
- Fotocopia de Recibo, o documento donde conste la recepción de valores con firma y sello del responsable del área contable y del responsable del área de liquidación de prestaciones del Agente del Seguro de Salud y/o del auditor médico, conteniendo los siguientes datos:

Fecha.

Nº de factura que cancela.

Importe recibido (en el caso de recibo global, el mismo deberá contener detalle de todas las facturas canceladas y su importe).

Firma y aclaración del prestador o su representante.



Cuando el importe del pago de la prestación haya sido afectado por Notas de Débito y/o Retenciones impositivas, deberán adjuntar:

- Fotocopia de planilla de ajuste que detalle el motivo y el importe del débito y/o la constancia de las retenciones (SICORE, INGRESOS BRUTOS), con firma y sello del Responsable del área contable y del responsable del área de liquidación de prestaciones del Agente del Seguro de Salud y/o del auditor médico.

En los casos en que la prestación haya sido cubierta por el Agente del Seguro de Salud bajo la modalidad de Reintegro al beneficiario, deberá acompañarse además, constancia y conformidad del beneficiario o de su familiar a cargo, con firma, aclaración, fecha e importe del valor reintegrado, con firma y sello del responsable del área Contable y del responsable del área de liquidación de prestaciones del Agente del Seguro de Salud y/o del auditor médico.

Planilla resumen:

Cuando la solicitud de apoyo financiero presentada a través del sistema de reintegros contenga más de una factura y recibo deberá presentarse, además, una planilla resumen de comprobantes que detalle:

- Numeración de las facturas que la integran
- Fecha de las facturas
- Nombre del proveedor
- Importe facturado
- Numeración de los recibos de pago
- Fecha de los recibos de pago
- Importe pagado

La mencionada planilla deberá presentarse con firma y sello del responsable del área contable y del responsable del área de liquidación de prestaciones del Agente del Seguro de Salud y/o del auditor médico y será válida como reemplazo de la firma de ambos en cada factura y recibo individual.

VIII. Dependencia:



Se considera persona discapacitada dependiente a la que, debido a su tipo y grado de discapacidad requiere asistencia completa o supervisión constante por parte de terceros, para desarrollar algunas de las actividades básicas de la vida cotidiana como: higiene, vestido, alimentación o deambulaci3n, conforme el índice de independencia funcional (FIM).

A los aranceles de las prestaciones de: Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico y Transporte, se les reconocerá un adicional del TREINTA Y CINCO POR CIENTO (35%) sobre los valores establecidos en esta norma, por cada persona discapacitada dependiente atendida.

IX. Presentaci3n y control de legalidad

La presentaci3n de la solicitud del apoyo financiero con la documentaci3n que lo sustente, se presentará por la Mesa de Entradas del Sistema Unico de Reintegros, la que procederá a su verificaci3n administrativa, contable, fiscal y prestacional, conforme el ingreso de los datos en el sistema. Se otorgará número de expediente a aquellas solicitudes que contengan toda la documentaci3n respaldatoria y se devolverá al Agente del Seguro de Salud aquellas incompletas o con observaciones con indicaci3n escrita de tal situaci3n, sin que se genere expediente sobre estas últimas. Para ingresar las solicitudes con los faltantes agregados o corregidos, se deberá solicitar nuevo turno.

El SISTEMA UNICO DE REINTEGROS procederá a enviar a control de legalidad los expedientes con solicitudes completas.

X. Notificaci3n

Las notificaciones se efectuarán de forma electr3nica en la direcci3n de correo suministrada por el Agente del Seguro de Salud y/o por medio fehaciente.

XI. Liquidaci3n y pago

La liquidaci3n y pago del reintegro se practicará por medio del procedimiento establecido en la normativa vigente.

XII. Auditoría

En todos los casos, la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD se reserva el derecho de auditar, en sede o en terreno, las prestaciones efectuadas.

XIII. Registros

Todos los prestadores que ofrezcan sus servicios a los Agentes del Seguro de Salud para las prácticas mencionadas en la presente resolución, deberán estar inscriptos en el Registro de Prestadores de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD para los casos de Rehabilitación y estimulación temprana y otros vigentes; y para el resto de prestaciones en el Registro Nacional de Prestadores de Discapacidad del SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION según el Decreto PEN N° 1193/98.

XIV. Auditor Médico

El profesional que actúe en representación del Agente del Sistema de Salud en carácter de auditor médico deberá firmar y sellar sus intervenciones en la documentación auditada. El sello deberá contener nombre y apellido, matrícula y especificar su carácter de Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.

XV. Validación de documentación contable

El responsable del área contable del Agente del Seguro de Salud, deberá validar con su firma la documentación contable que integre la solicitud de apoyo financiero presentada a través del Sistema de Reintegros, detallando en su sello: nombre y apellido, cargo y especificar su carácter de responsable del área contable del Agente del Seguro de Salud.

Modelo de resumen de historia clínica de discapacidad

Nombre y apellido:

Domicilio:

Fecha de nacimiento: Edad:

Sexo:

Documento tipo y número:

N° de beneficiario: Nacionalidad:

Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado:

Diagnóstico:



Plan terapéutico indicado: (Módulos y detalle de las prestaciones solicitadas con indicación de prestador individual o institución que llevara adelante el tratamiento):

Razón social:

Domicilio de atención:

Modalidad de concurrencia: (días, horarios, modalidad de asistencia: jornada simple o doble)

Para las modalidades de integración se deberá especificar:

Nombre completo institución educativa común:

Domicilio de la institución:

Traslado:

Origen:

Destino:

Tratamiento o especialidad de la prestación brindada en el destino del viaje:

Kilómetros recorridos por viaje:

Kilómetros totales mensuales:

Dependencia: sí no (tachar lo que no corresponda)

Justificación clínica de la dependencia: (especificando puntaje en escala FIM)

Semestre: 1° 2° (tachar lo que no corresponda) AÑO:

FIRMA AUDITOR MEDICO

ANEXO II

Prestaciones Básicas.

Niveles de Atención

1. Modalidad de atención ambulatoria

1.1. Atención ambulatoria:

a) Definición: Está destinada a pacientes con todo tipo de discapacidades que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación.

b) Patologías: Las previstas en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la Organización Mundial de la Salud.

c) Prestación institucional

- Clínicas o Sanatorios de Rehabilitación.
- Hospitales con Servicios de Rehabilitación.
- Consultorios de Rehabilitación de Hospitales.
- Clínicas o Sanatorios polivalentes.
- Centros de Rehabilitación.
- Consultorio Particular

d) Modalidad de cobertura:

i) Módulo de tratamiento integral intensivo: comprende semana completa (5 días) con más de una especialidad.

ii) Módulo de tratamiento integral simple: incluye periodicidades menores a cinco (5) días semanales con más de una especialidad.

Cada módulo comprende los siguientes tipos de atención:

- Fisioterapia - Kinesiólogía.
- Terapia ocupacional.
- Psicología.
- Fonoaudiología.
- Psicopedagogía.
- otros tipos de atención reconocidos por la autoridad competente.



1.2. Módulo: Hospital de Día:

a) Definición: Tratamiento ambulatorio intensivo con concurrencia diaria en jornada media o completa con un objetivo terapéutico de recuperación.

b) Población: Está destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades físicas, motoras y sensoriales que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación.

c) Patologías: Las previstas en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la Organización Mundial de la Salud. No comprende la atención de prestaciones de Hospitales de Día Psiquiátricos.

d) Prestación Institucional:

- Clínicas o Sanatorios de Rehabilitación.
- Hospitales con Servicio de Rehabilitación.
- Centro de Rehabilitación.

e) Modalidad de Cobertura: Concurrencia diaria en jornada simple o doble, de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado o la región donde se desarrolla.

1.3. Centro de Día:

a) Definición: Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico-asistencial para poder lograr el máximo desarrollo de autovalimiento e independencia posible en una persona con discapacidad.

b) Población: Niños, jóvenes y/o adultos con discapacidades con diagnóstico funcional severos y/o profundos, y que estén imposibilitados de acceder a la escolaridad, capacitación y/o ubicación laboral protegida.

c) Prestación Institucional: Centros de Día.

d) Modalidad de cobertura: Concurrencia diaria en jornada simple o doble, de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado o la región donde se desarrolla.

1.4. Módulo Centro Educativo-Terapéutico:

a) Definición: Tratamiento ambulatorio que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo. El mismo está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad (mental, sensorial, motriz) no le permite acceder a un sistema de



educación especial sistemático y requieren de este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades.

Asimismo comprende el apoyo específico de aquellos discapacitados cuyo nivel de recuperación les permite incorporarse a la educación sistemática, cuando el caso así lo requiera.

b) Población: Discapacitados mentales (psicóticos, autistas) lesionados neurológicos, paralíticos cerebrales, multidiscapacitados, etc., entre los 4 y 24 años de edad.

c) Prestación Institucional: Centro Educativo-Terapéutico.

d) Modalidad de cobertura: Jornada simple o doble, diaria de acuerdo a la modalidad del servicio acreditado, o la región donde se desarrolle. Cuando el CET funcione como apoyo específico para los procesos de escolarización, la atención se brindará en un solo turno y en contra turno concurrirá al servicio educativo que corresponda o en sesiones semanales.

1.5. Módulo de Estimulación Temprana:

a) Definición: Se entiende por Estimulación Temprana al proceso terapéutico educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del niño discapacitado.

b) Población: Niños discapacitados de 0 a 4 años de edad cronológica, y eventualmente hasta los 6 años.

c) Prestación Institucional: Centro de Estimulación Temprana específicamente acreditados para tal fin.

d) Modalidad de cobertura: Atención ambulatoria individual, de acuerdo con el tipo de discapacidad, grado y etapa en que se encuentre, con participación activa del grupo familiar. Comprende hasta tres (3) sesiones semanales.

Los tratamientos de estimulación temprana serán cubiertos durante el primer año de vida del menor, por el Programa Materno Infantil del Agente de Salud, conforme los términos establecidos en el Programa Médico Obligatorio contenido en la Resolución N° 201/02-MS o la que en el futuro la reemplace.

1.6. Prestaciones Educativas:

Las prestaciones de carácter educativo contempladas se cubrirán hasta once (11) meses, quedando incluido en esta cobertura el concepto de matrícula.



1.6.1. Educación Inicial:

- a) Definición: Es el proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la Escolaridad que se desarrolla entre los 3 y 6 años de edad, aproximadamente, de acuerdo con una programación específicamente elaborada y aprobada para ello.
- b) Población: Niños discapacitados entre 3 y 6 años de edad cronológica, con posibilidades de ingresar en un proceso escolar sistemático de este nivel. Pueden concurrir niños con discapacidad leve, moderada o severa, discapacitados sensoriales, discapacitados motores con o sin compromiso intelectual.
- c) Prestación Institucional: Escuela de educación especial.
- d) Modalidad de cobertura: Jornada simple o doble, diaria de acuerdo a la modalidad del servicio acreditado, o a la región donde se desarrolle. Cuando la escuela implemente programas de integración a la escuela común, la atención se brindará en un solo turno en forma diaria o periódica, según corresponda.

1.6.2. Educación General Básica:

- a) Definición: Es el proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y 18 años de edad, aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente, dentro de un servicio escolar especial.
- b) Población: Niños discapacitados entre 6 y 18 años de edad cronológica, aproximadamente, con discapacidad leve, moderada o severa, discapacitados sensoriales, discapacitados motores con o sin compromiso intelectual.
- c) Prestación Institucional: Escuela de educación especial.
- d) Modalidad de cobertura: Jornada simple o doble, diaria de acuerdo a la modalidad del servicio acreditado, o la región donde se desarrolle. Cuando la escuela implemente programas de integración a la escuela común, la atención se brindará en un solo turno en forma diaria o periódica, según corresponda.

1.6.3. Apoyo a la integración escolar:

- a) Definición: Es el proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles. Abarca una población entre los 3 y 18 años de edad, o hasta finalizar el ciclo de escolaridad que curse.



b) Población: Niños y jóvenes con necesidades educativas especiales derivadas de alguna problemática de discapacidad (sensorial, motriz, deficiencia mental u otra), entre los 3 y 18 años de edad, que puedan acceder a la escolaridad en servicios de educación común y en los diferentes niveles.

c) Tipo de prestación: Equipos técnicos interdisciplinarios de apoyo conformados por profesionales y docentes especializados.

d) Modalidad de cobertura: Atención en escuela común, en consultorio, en domicilio, en forma simultánea y/o sucesiva, según corresponda.

1.6.4. Formación Laboral y/o rehabilitación profesional:

a) Definición: Es el proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, formación laboral y/o profesional cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. Es de carácter educativo y sistemático y deberá responder a un programa específico, de duración determinada y aprobado por organismos especiales competentes en la materia.

b) Población: Adolescentes, jóvenes y adultos discapacitados entre los 14 y 24 años de edad cronológica, aproximadamente. Las personas con discapacidad adquirida entre los 24 y 45 años de edad, podrán beneficiarse de la formación laboral y/o rehabilitación profesional por un período no mayor de 2 años.

c) Prestación Institucional: Centro o escuelas de formación laboral especial o común y Centros de Rehabilitación profesional. En todos aquellos casos que fuere posible se promoverá la formación laboral y la rehabilitación profesional en recursos institucionales de la comunidad.

d) Modalidad de Cobertura: Jornada simple o doble, en forma diaria o periódica según el programa de capacitación que se desarrolle y justifique la modalidad. Los cursos no podrán extenderse más allá de los 4 años de duración.

2. Modalidad de Internación:

2.1. Módulo de Internación en Rehabilitación:

a) Definición: Está destinado a la atención de pacientes en etapa sub-aguda de su enfermedad discapacitante que haya superado riesgos de vida, con compensación hemodinámica, sin medicación endovenosa y que no presenten escaras de tercer grado.



b) Patologías: Las previstas en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías - OMS.

c) Prestación Institucional:

- Clínicas o Sanatorios de Rehabilitación.
- Hospitales con Servicios de Rehabilitación.
- Clínicas o Sanatorios polivalentes.
- Centros de Rehabilitación con internación.

d) Modalidad de cobertura:

Incluye:

Evaluación, prescripción y seguimiento por médico especialista.

Seguimiento clínico diario.

Tratamiento de rehabilitación según la complejidad permitida por el caso.

Exámenes complementarios y medicación inherentes a la patología.

Excluye:

Equipamiento

Medicamentos no inherentes a la secuela

Pañales

e) Se deberá adjuntar, con el resumen de historia clínica de discapacidad, (cuyo modelo se encuentra en el Anexo I de la presente Resolución); indicación y plan de tratamiento elaborado por el médico tratante con aval del auditor médico del Agente de Salud.

2.2. Módulo Hogar:

a) Definición: Se entiende por Hogar a los recursos institucionales que tienen como objeto brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas discapacitadas, severas o profundas, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente.



b) Población: Niños, adolescentes, jóvenes y adultos, de distinto sexo y similar tipo y grado de discapacidad.

c) Prestación Institucional: Hogares.

d) Modalidad de cobertura:

i) Módulo de alojamiento permanente.

ii) Módulo de alojamiento de lunes a viernes.

La prestación de Hogar puede combinarse con las otras modalidades de prestaciones ambulatorias enunciadas en la presente Resolución.

e) Se deberá adjuntar, a la historia clínica de discapacidad, (cuyo modelo se encuentra en el Anexo I de la presente Resolución); informe social, que avale la necesidad del módulo Hogar, emitido por Licenciado en Trabajo Social que no pertenezca a la institución que brinda el tratamiento.

2.3. Residencia:

a) Definición: Se entiende por residencia a la unidad habitacional, destinada a cubrir los requerimientos de las personas discapacitadas con suficiente y adecuado nivel de autovalimiento e independencia para abastecer sus necesidades básicas.

b) Población: Personas discapacitadas entre 18 y 60 años de edad, de ambos sexos, que les permita convivir en este sistema. Asimismo, podrán considerarse residencias para personas discapacitadas del mismo sexo y tipo de discapacidad.

c) Modalidad de cobertura:

i) Módulo de alojamiento permanente.

ii) Módulo de alojamiento de lunes a viernes.

2.4. Pequeño Hogar:

a) Definición: Se entiende por pequeño hogar al recurso que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales para el desarrollo de niños y adolescentes discapacitados sin grupo familiar propio y/o con grupo familiar no continente.

b) Población: Personas discapacitadas a partir de los 3 años de edad, de ambos sexos y con un tipo y grado de discapacidad que les permita convivir en este sistema.



c) Modalidad de cobertura:

i) Módulo de alojamiento permanente.

ii) Módulo de alojamiento de lunes a viernes.

d) Se deberá adjuntar, a la historia clínica de discapacidad, (cuyo modelo se encuentra en el Anexo I de la presente Resolución); informe social, que avale la necesidad del módulo hogar, emitido por licenciado en trabajo social que no pertenezca a la institución que brinda el tratamiento.

3. Modalidad de Prestaciones Anexas

3.1. Prestaciones de Apoyo:

a) Definición: Se entiende por prestación de apoyo aquella que recibe una persona con discapacidad como complemento o refuerzo de otra prestación principal de las incluidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

b) Población: Niños, jóvenes o adultos discapacitados con necesidades terapéuticas o asistenciales especiales.

c) Tipo de prestación: 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.

d) Modalidad de cobertura: El otorgamiento de estas prestaciones deberá estar debidamente justificado en el plan de tratamiento respectivo, y para ser consideradas como tales tendrán que ser suministradas fuera del horario de atención de la prestación principal.

El máximo de horas de prestaciones de apoyo será de hasta seis (6) horas semanales; cuando el caso requiera mayor tiempo de atención deberá orientarse al beneficiario a alguna de las otras prestaciones previstas.

3.2. Alimentación:

a) Definición: Se entiende por alimentación a la comida que debe recibir la persona con discapacidad en concordancia con la modalidad de concurrencia a la Institución.

b) Población: Niños, jóvenes o adultos discapacitados con necesidades terapéuticas o asistenciales especiales.



c) Tipo de prestación: El tipo de alimentación se adecuará a las indicaciones del especialista en nutrición.

d) Modalidad de cobertura: El valor a reconocer será diario. Las prestaciones ambulatorias de jornada doble incluyen comida y una colación diaria.

3.3. Transporte:

a) Definición: El módulo de transporte comprende el traslado de las personas discapacitadas desde su residencia hasta el lugar de su atención y viceversa. Este beneficio le será otorgado siempre y cuando el beneficiario se vea imposibilitado por diversas circunstancias de usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo a lo previsto en la Ley 24.314, art. 22, inc. a). La prestación del mismo deberá estar justificada en el Resumen de Historia Clínica de Discapacidad.

b) Población: Niños, jóvenes y adultos que presenten discapacidades que impidan su traslado a través del transporte público de pasajeros.

c) Tipos de transporte: Automóvil, Microbús.

ANEXO III

MODULO Valores

Categoría A Categoría B Categoría C

Centro de día- Jornada Doble	\$ 6554.00	\$ 5504.59	\$ 4191.52
Centro de día- Jornada Simple	\$ 4361.22	\$ 3669.85	\$ 2796.25
Centro de Educación Terap- Jornada Doble	\$ 7148.64	\$ 6002.24	\$ 4578.59
Centro de Educación Terap- Jornada Simple	\$ 5028.92	\$ 4221.24	\$ 3223.24
Escolaridad Formación Laboral Jornada Doble	\$ 6310.57	\$ 5305.81	\$ 4042.74
Escolaridad Formación Laboral Jornada Simple	\$ 4375.40	\$ 3678.97	\$ 2797.94
Escolaridad Pre-primaria Jornada Doble	\$ 6378.20	\$ 5357.89	\$ 4079.92
Escolaridad Pre-primaria Jornada Simple	\$ 4367.65	\$ 3669.85	\$ 2796.25
Escolaridad Primaria Jornada Doble	\$ 6378.20	\$ 5357.89	\$ 4079.92



Escolaridad Primaria Jornada Simple	\$ 4367.65	\$ 3669.85	\$ 2796.25
Hogar-Permanente	\$ 7792.91	\$ 6543.25	\$ 5203.87
Hogar Lunes a Viernes	\$ 6214.67	\$ 5223.31	\$ 4160.54
Hogar Lunes a Viernes con Centro de Día	\$ 8964.82	\$ 7528.61	\$ 6002.36
Hogar Lunes a Viernes con Centro de Ed. Terapéutica	\$ 9879.54	\$ 8294.95	\$ 6324.20
Hogar Lunes a Viernes con Formación Laboral	\$ 8739.40	\$ 7342.09	\$ 5588.96
Hogar Lunes a Viernes con Pre-Primaria	\$ 8595.25	\$ 7223.00	\$ 5611.57
Hogar Lunes a Viernes con Primaria	\$ 8595.25	\$ 7223.00	\$ 5611.57
Hogar Permanente con Centro de Día	\$ 11006.57	\$ 9248.53	\$ 7039.28
Hogar Permanente con Centro de Educación Terapéutica	\$ 12178.49	\$ 10233.55	\$ 7908.79
Hogar Permanente con Formación Laboral	\$ 11341.16	\$ 9518.82	\$ 7251.97
Hogar Permanente con Pre-Primaria	\$ 10745,12	\$ 9023,81	\$ 6879,61
Hogar Permanente con Primaria	\$ 10745,12	\$ 9023,81	\$ 6879,61
Pequeño Hogar Lunes a Viernes	\$ 5145,89	\$ 4326,38	\$ 3981,22
Pequeño Hogar Permanente	\$ 6347,78	\$ 5084,35	\$ 4979,57
Residencia Lunes a Viernes	\$ 5183,09	\$ 4307,81	\$ 3981,22
Residencia Permanente	\$ 6413,20	\$ 5386,27	\$ 4979,57

MENSUAL HORA

Estimulación Temprana	\$ 1885,82	\$ 123,40
Prestaciones de Apoyo	\$ 123,40	
Módulo de Maestro de Apoyo	\$ 2832,56	\$ 111,17

Módulo de Apoyo a la Integración escolar (equipo) \$ 4248,84

SEMANTAL

Rehabilitación-Módulo Integral Intensivo \$ 672,19

Rehabilitación-Módulo Integral Simple \$ 402,78

MENSUAL

Rehabilitación -Hospital de día Jornada Simple \$ 4030,67

Rehabilitación -Hospital de día Jornada Doble \$ 5643,07

Rehabilitación -integración (SIC) corresponde Internación \$ 16123,10

DIARIO

Alimentación \$ 27,23

KILOMETRO

Transporte \$ 4,40

DEPENDENCIA (FIM) Anexo I Punto VIII

Se ADICIONA 35% al valor del concepto que corresponda

