

SAN JUAN, 18 DE MAYO 2007

**VISTO:**

El Reglamento existente para el reconocimiento de prestaciones en Afiliados Discapacitados.

La Ley 24.901, su Decreto Reglamentario 1193/1998 P.E.N. y Resolución 428/1999 M.S., y

**CONSIDERANDO:**

Que si bien el citado Reglamento establece las coberturas correspondientes, se hace necesaria su revisión, en vista de los planteos realizados por nuestros afiliados y para adaptarlo a la citada normativa.

Que dicha normativa establece prestaciones de distinto tipo, todas ellas tendientes a la adquisición y/o restauración de aptitudes para lograr la integración social de la persona con discapacidad, a través de la recuperación de todas o la mayor parte posible de las capacidades motoras, sensoriales, mentales y/o viscerales, alteradas total o parcialmente por una o más afecciones, sean éstas de origen congénito o adquirido.

Que las obras sociales, de acuerdo a la Ley, tienen obligación de conformar un plan específico y adecuado a las necesidades de cada paciente, de acuerdo a su edad, discapacidad y posibilidades de rehabilitación o habilitación, tendientes a mejorar la capacidad de comunicación, desarrollo de destrezas motoras y habilidades sociales básicas que permitan una interacción con el medio físico social.

Que dicha Ley indica a las propias personas con discapacidad y a las personas de quienes dependan, como responsables principales, dando un cierto límite a las prestaciones asistenciales a brindarse a los mismos, para que no constituya un uso abusivo de un derecho legítimo, evitando el estancamiento y propiciando su rápida inserción en el sistema de prestaciones básicas.

Que a los efectos de un mejor ordenamiento, se hace necesario establecer los requisitos para el acceso de las personas con discapacidad a los beneficios, adaptando los mismos a lo instituido por Ley.

Que analizado el tema por el Consejo Directivo en su Sesión de fecha 16 de mayo 2007, según consta en Acta N° 966 es interés del Consejo.

**-Corresponde a Res. N° 12/07 –C.D.-**

**Por ello, en uso de sus atribuciones,**

**EL CONSEJO DIRECTIVO  
DE D.A.M.S.U. - SAN JUAN  
RESUELVE:**

**ART. 1º:** Aprobar el Reglamento para personas con capacidades especiales que se adjunta como Anexo I a la presente Resolución, teniendo en cuenta el marco normativo de la Ley de Discapacidad 24.901.

**ART. 2º:** Su aplicación se hará efectiva a partir del 21 DE MAYO 2007, adaptándose gradualmente los casos ya existentes, en la medida en que se considere necesaria su actualización.

**ART. 3º:** La Dirección Médica, a través de las distintas estructuras, será la responsable de la aplicación de lo establecido en el presente Reglamento, en cuanto a brindar las prestaciones médicas que el afiliado discapacitado necesita para la atención de su patología de base, pero que también favorezcan su integración social y su inserción en el sistema de prestaciones básicas. Será también responsable de la confección de un Registro permanentemente actualizado.

**ART. 4º:** Tanto las entidades prestadoras de servicio, los establecimientos de atención a personas con discapacidad, como los profesionales deberán estar debidamente acreditados por el Organismo competente, encuadrados según Resolución 705/00 y atendiendo al Nomenclador de Atenciones Básicas, Resolución 428/99.

**ART. 5º:** En caso de discrepancia entre una certificación de discapacidad otorgada por ente oficial y la opinión del equipo de evaluación de la Obra Social, se arbitrarán los medios necesarios para establecer la resolución final del caso.

**ART. 6º:** En cuanto a potenciales planteos sobre la interpretación o alcances de la presente Resolución, será el Consejo Directivo quién resuelva el caso llevado a su consideración.

**ART. 7º:** Comuníquese a todas las áreas de D.A.M.S.U.- San Juan; dése a conocer a los afiliados; y Archívese.

**-RES. Nº 12/07 CD.-**

## **ANEXO I**

### **DE RESOLUCIÓN Nº 12/07 CD.**

#### **REGLAMENTACIÓN AFILIADOS CON DISCAPACIDAD**

##### **1.- BENEFICIARIOS**

Son beneficiarios los afiliados titulares o familiares que presenten discapacidad, según la descripción que realiza el Art. 9 de la Ley 24.901: “toda aquella persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, motora, sensorial o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral”.

##### **2.- INCORPORACIÓN AL SISTEMA**

- a) El afiliado titular será quién solicite por escrito su incorporación (o la de su familiar) al servicio, dando detalles de filiación, número de documento, nombre y número de carné de la persona con discapacidad. Sólo cuando por su discapacidad no pueda hacerlo el titular, el pedido será realizado por un familiar directo o responsable.
- b) Acreditará la discapacidad mediante certificación, conforme al artículo 3° de la Ley 22.431, emitido por la Junta Evaluadora de Personas con Discapacidad, organismo oficial de la Dirección de Personas con Capacidades Especiales – Secretaría de Acción Social.
- c) Deberá también adjuntar Historia Clínica acorde al certificado de discapacidad, suscripta por el profesional o profesionales especialistas y que lo atienden en su patología específica, debidamente conformada, con identificación, informe de la sintomatología o situación actual, en letra clara o tipeada. Al mismo tiempo, mencionará diagnóstico, plan de tratamiento y

estudios de control sugeridos, así como tiempo de evolución y pronóstico previstos para un (1) año. En medicamentos, se deberán prescribir por genéricos, indicando dosis y duración del tratamiento.

- d) Para el caso de doble afiliación, debe realizar los trámites también en la otra obra social, ya que todas están alcanzadas por la obligatoriedad de la Ley 24.901, debiendo presentar certificado de los servicios que le brinda, a fin de evitar doble prestación.
- e) Para el caso de discapacidad visceral, cuando ésta sea resuelta a futuro, con Transplante de Órgano, deberá adjuntarse la inscripción del INCUCAI, como requisito indispensable para acceder a las coberturas inherentes a tal situación.
- f) Toda la documentación, de acuerdo a la Ley, deberá ser renovada cada cuatro (4) años como máximo o antes si los responsables de la auditoría específica lo consideran pertinente. La falta de renovación, podrá dar origen a la suspensión de los servicios específicos y la baja del padrón de Discapacitados.

### **3.- EVALUACIÓN**

- a) La primera evaluación del caso se encontrará a cargo del Area de Trabajo Social, realizando al efecto las entrevistas que considere necesarias (al afiliado o al profesional que lo atiende), para relevar los datos y producir un informe completo, que posibilite a la Dirección Médica establecer las prestaciones y asiduidad de las mismas. Para el caso de escolaridad, en las distintas alternativas, estará a su cargo la orientación del afiliado, priorizando su inclusión en entes estatales adecuados a su discapacidad y sólo cuando ésto no sea posible orientará respecto de instituciones privadas, teniendo en cuenta las Resoluciones 428/99 y 705/00 del Ministerio de Salud y Acción

Social. Si resulta oportuno, a su criterio, se trasladará al domicilio del solicitante.

- b) El informe deberá ser elevado a Dirección Médica y contendrá los datos mencionados en el apartado a).
- c) Cada caso deberá ser analizado por lo menos con un auditor médico, intervendrá Dirección Médica, Trabajadora Social y quedará a consideración de Dirección Médica la inclusión de otro u otros profesionales especialistas para su mejor decisión. En caso de necesidad, podrá establecerse contacto con profesionales externos.

#### **4.- ACEPTACIÓN**

- a) Dirección Médica determinará la aceptación de la incorporación a la Nómina de Personas Afiliadas con Discapacidad, estableciendo la característica de tipo transitoria o permanente. En base al informe del Area de Trabajo Social, se determinarán las prestaciones, tiempo de cobertura de las mismas y cualquier otra especificación que se considere pertinente.
- b) Una vez determinados los servicios y condiciones, éstos serán comunicados a las áreas respectivas, a fin de hacerlos efectivos.
- c) No se efectuarán reconocimientos en prestaciones emergentes de discapacidades sufridas en ámbito laboral, ya que deben ser cubiertas por la ART en virtud de la Ley 24.557.
- d) La aceptación o rechazo de la solicitud, se deberá notificar al interesado.

#### **5.- SERVICIOS**

- a) Dirección Médica auditará y autorizará las prestaciones, medicamentos y su frecuencia. El porcentaje de reconocimiento será al 100%, con el tope de valores convenidos con los prestadores. Los servicios que se brindarán con este porcentaje serán siempre los destinados al tratamiento de su discapacidad o patología de base y no a las patologías resultantes de dichos

tratamientos. Se priorizará la atención con profesionales de la provincia, que se encuentren contratados por DAMSU-SAN JUAN. Para el caso de los medicamentos, deberán adquirirse en Farmacia Propia. No obstante, si no fuera posible por cualquier circunstancia razonable, podrá acceder igualmente al beneficio por el sistema de reintegro o reciprocidad, debiendo ser autorizado previamente por auditoría médica.

- b) Para el caso de atenciones fuera de la provincia, deberán siempre realizarse por el sistema de reciprocidad con la red COSUN, respetando la norma de autorización previa y el reconocimiento contará con el tope de valores de DAMSU-SAN JUAN, excepto en el caso detallado en el inciso f).
- c) Cuando el afiliado, contando con atención en la provincia y por decisión propia, opte por atención fuera de ella, fuera del sistema de la Red COSUN y se trate de profesionales o centros sin convenio con Obras Sociales, el financiamiento de los gastos será por cuenta del afiliado y no habrá reconocimiento por parte de DAMSU.
- d) En cuanto al porcentaje de reconocimiento en la atención de la patología específica, ya sea para evaluación o tratamiento, cuando necesariamente la prestación deba ser brindada por profesional que no atiende por obra social, el reconocimiento se hará por reintegro; su cobertura, será analizada por el equipo de auditoría de discapacidad.
- e) Cuando la prestación se efectivice por intermedio de otra obra social, el reconocimiento será el 100% del gasto, hasta el monto que esa prestación tiene por convenios DAMSU. El reintegro, por dicho concepto se hará presentando la documentación establecida para reintegros, original de factura y copia de receta con detalle de la prestación.

Para el caso de prestaciones para pacientes con indicación médica de transplante, su inclusión en el área de discapacidad, operará con los mismos requisitos enunciados.

El reconocimiento, en cuanto a tipos de prestaciones y frecuencias, se hará teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- 1) Estudios de pre-transplante, necesarios para su inclusión en INCUCAI.
- 2) Estudios, tratamientos y medicamentos en el período de espera del transplante.
- 3) Transplante propiamente dicho.
- 4) Estudios, tratamientos y medicamentos por control post-transplante inmediato.
- 5) Estudios, tratamientos y medicamentos en período de post-transplante mediato.

Los reconocimientos de las prestaciones establecidas por la Dirección Médica y equipo, se harán al 100% de los valores pactados por la Obra Social, únicamente en los centros en convenio ofrecidos por DAMSU-SAN JUAN y/o por convenio de reciprocidad, siempre en las prestaciones establecidas y con los montos topes evaluados oportunamente por el equipo de Auditoría de Discapacidad .

Culminado el periodo de control de post-transplante, el afiliado deberá presentar nuevo certificado de discapacidad emitido por el ente pertinente.

#### **DETALLE DE SERVICIOS A BRINDAR**

- Servicios Médico Asistenciales Básicos: Diagnósticos o terapéuticos.
- Medicamentos relacionados directamente con su discapacidad
- Prótesis y Ortesis. (50% DAMSU y 50 % FES)
- Transporte (cuando el discapacitado se vea imposibilitado de usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos) a valores según el Nomenclador de Prestaciones Básicas (Res. 428/99)
- En caso de traslados de larga distancia, siempre que el traslado o pasaje, no haya sido reconocido por Transporte Público, según lo dispuesto por Ley



Nacional N°25.635, debiendo acreditar formalmente el rechazo con certificado emitido por firma autorizada de la empresa o autoridad oficial competente. Tope de hasta 3 viajes por año.

- Fisioterapia – Kinesiología – tope de 12 sesiones por mes –
- Fonoaudiología – tope de 8 sesiones por mes –
- Estimulación Temprana – tope de 12 sesiones por mes –
- Terapia del Lenguaje, Visual y Ocupacional – hasta 8 sesiones por mes –
- Psicomotricidad – tope de 8 sesiones por mes –
- Psicopedagogía con especialización neurológica – hasta 8 sesiones por mes –
- Psiquiatría y Psicología – hasta 4 sesiones por mes –
- Psicodiagnóstico – una vez al año –

Las siguientes prestaciones se realizarán teniendo en cuenta lo establecido en el Nomenclador de Prestaciones Básicas (Res. 428/99) y Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos de Atención a Personas con Discapacidad (Res. 705/00).

**Modalidad de Atención Ambulatoria:**

- Atención Ambulatoria:
  - . Clínicas o Centros de Rehabilitación
  - . Hospitales con Servicios de Rehabilitación
  - . Consultorios de Rehabilitación
  - . Centros de Rehabilitación
  - . Consultorio Particular
- Módulo Hospital de Día
- Módulo Centro de Día
- Módulo Centro Educativo Terapéutico
- Módulo Estimulación Temprana
- Prestaciones Educativas:
  - . Educación inicial

- . EGB
- . Apoyo a la Integración Escolar
- . Formación Laboral y/o Rehabilitación Profesional

**Modalidad de Internación:**

- Módulo de internación en Rehabilitación.
- Módulo Hogar: con Centro de Día, con Centro Educativo Terapéutico, con Educación Inicial, con EGB, con Formación Laboral.
- Residencia
- Pequeño Hogar

Las instituciones que brinden cualquiera de estas prestaciones deberán contar con la habilitación correspondiente, según lo establecido en la Resolución 705/00.