

BUENOS AIRES, 28 FEB 2005

VISTO las Resoluciones N° 140 del 5 de Marzo de 2004 y N° 694 del 24 de Septiembre de 2004 y el Expediente N° 200-2004-01605-6-0000 del registro del I.N.S.S.J.P., y

CONSIDERANDO:

Que por las Resoluciones citadas en el Visto se establecen las bases y acciones sobre las cuales se asienta el NUEVO MODELO PRESTACIONAL del I.N.S.S.J.P., y se pone en funcionamiento el REGISTRO DE PRESTADORES DE ATENCION MEDICA Y OTRAS PRESTACIONES ASISTENCIALES.

Que posteriormente las distintas áreas de incumbencia del Instituto elaboraron el pertinente menú prestacional para cada Nivel de Atención y definieron el nuevo modelo aplicable a la contratación entre esta Obra Social y los prestadores/efectores de acuerdo al esquema previsto en la Resolución N° 140/04, en vista de la eliminación de las intermediaciones económicas que fragmentan e impiden la accesibilidad prestacional; la separación en la contratación del I, II y III Nivel de Atención; la recuperación de la capacidad de gestión y control por parte del Instituto; el conocimiento previo de cada efector y admisión acreditada por esta Obra Social en cualquier Nivel de Atención del sistema, privilegiando en todos los casos un perfil profesional comprometido y capacitado para actuar en el marco de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud.

Que el esquema propuesto tiene como finalidad central otorgar a los jubilados, pensionados y a su grupo familiar primario, las prestaciones sanitarias, integrales, integradas y equitativas tendientes a la promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, sobre la base del equilibrio sustentable de su presupuesto.

Que asimismo tiende a mejorar su atención en forma personalizada, oportuna y adecuada en cada uno de los niveles a efectos de garantizar prestaciones de calidad y la optimización de los recursos.

Handwritten signatures and initials on the left margin, including a large signature at the top, a signature in the middle, and several initials at the bottom.

A large, prominent handwritten signature at the bottom of the page, spanning across the width of the text area.

Que se propone en este nuevo esquema el fortalecimiento y optimización del rol del Médico de I Nivel de Atención, a fin de asegurar la accesibilidad inmediata a la consulta con éste y desde él a las especialidades de mayor demanda ambulatoria garantizando que todos los afiliados accedan a las prestaciones que requieran en función de su patología.

Que los nuevos lineamientos exigen para el Médico de I Nivel de Atención un perfil acorde como profesional calificado con residencia o especialidad en Medicina Familiar, Medicina General, Clínica Médica y Geriatria, con capacitación para la atención y resolución de las patologías prevalentes del adulto mayor y dispuesto a desarrollar explícitas acciones socio comunitarias de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades, asistiendo a la patología ambulatoria y al seguimiento al beneficiario en los otros niveles de atención.

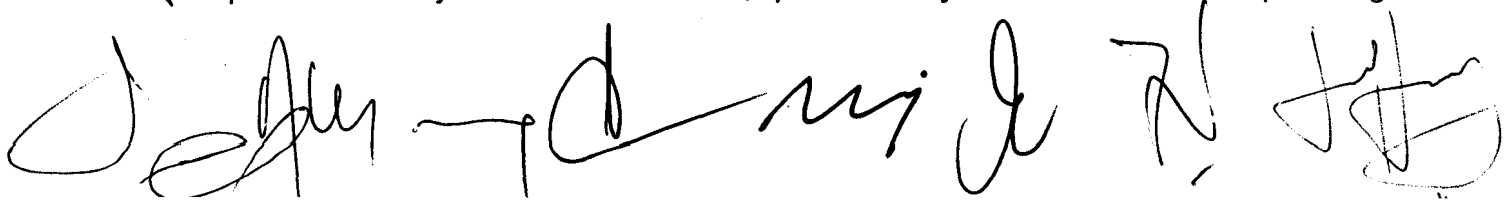
Que para lograr la jerarquización integral del I Nivel de Atención, resulta necesario redefinir la asignación de fondos a partir de su separación respecto del II y III Nivel de Atención.

Que con relación al II y III Nivel de Atención se propone optimizar los recursos destinados a la efectiva y adecuada prestación de servicios en contraposición con el anterior modelo de intermediación, disminuyendo los recursos destinados a gastos administrativos.

Que por imperio de la ley de creación del Instituto, ley 19.032, y sus modificatorias, Ley 25615, es facultad de la Máxima Autoridad de esta Obra Social "... formular y diseñar políticas globales en materia sanitaria y social, garantizando la equidad en la cantidad y calidad de los servicios ofrecidos por el Instituto en todo el territorio nacional..."

Que en un todo de acuerdo con la misma norma, se propone un concurso público, abierto y permanente de prestadores que desburocratiza los mecanismos de selección, bajo los principios sustanciales que nutren el proceso de licitación pública, habida cuenta que se asegura la concurrencia de oferentes, mediante la libre inscripción al registro de prestadores, la igualdad de acceso y la competencia abierta.

Que a su vez el sistema de acreditación y selección de los oferentes, reposa en parámetros objetivos de calificación, que constituyen una herramienta que asegura



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left and several smaller ones on the right.

la igualdad de trato y la calidad de la prestación a contratar, resguardando el Instituto la viabilidad y sustentabilidad del sistema; como así también la aplicación de los criterios desarrollados a través del Sistema de Fiscalización para la Mejora Continua que conforme la realidad prestacional de cada jurisdicción elabore el Instituto.

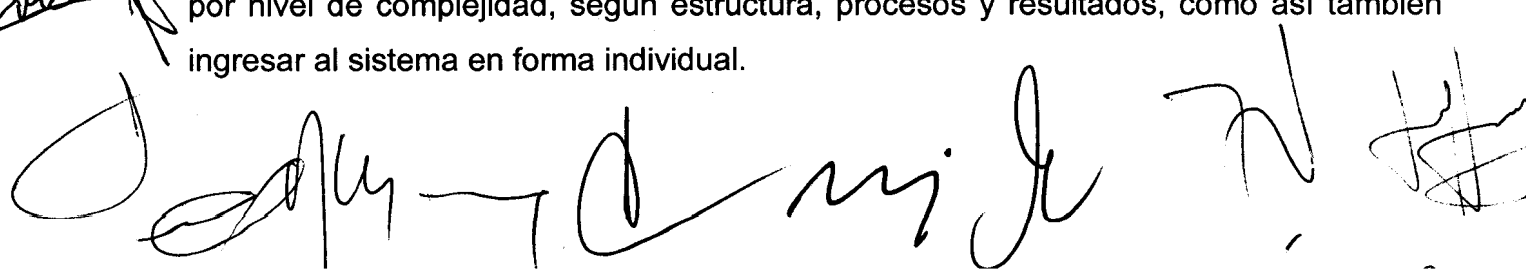
Que ello se complementa con la posibilidad de participación mediante la opción del beneficiario que recibe la prestación.

Que asimismo, los ofrecimientos deben adecuarse a los precios topes que determine el Instituto previamente para cada jurisdicción, conforme estudios de costos internos que justifican la adecuación de tales valores a la realidad prestacional de cada región. Ello, sin perjuicio que en esta etapa fundacional del sistema, los informes de costos permanezcan en reserva de las Máximas Autoridades del Instituto, por estrictas razones de conveniencia.

Que con ello, la libre concurrencia e igualdad de oportunidades así establecida, permite que esta Obra Social contrate a precios razonables e impide acciones distorsivas de precios, simulación de competencia o conducta oligopólica; adecuándose a la realidad prestacional y las particularidades del mercado de la salud a fin de que el Instituto sea un agente formador de precios.

Que en definitiva los reglamentos y contratos han sido diseñados en función de los principios de igualdad, equidad, publicidad, transparencia y libre concurrencia, permitiendo la contratación eficiente de los servicios médicos asistenciales en forma individual y/o mediante la constitución de Redes Prestacionales por Nivel de Atención o integradas por Nivel creciente de complejidad, propiciando en estos últimos supuestos, que su conformación sea con efectores directos con capacidad prestacional, con limitación de los gastos de administración y privilegiando el pago a cada efector/prestador, según la realidad prestacional de cada jurisdicción.

Que dada la relevancia y trascendencia del sector público en la administración y prestación de servicios de salud, las Redes Prestacionales podrán estar integradas por establecimientos del sector privado y Hospitales Nacionales, Provinciales y/o Municipales en calidad de integrantes y/o adherentes, categorizados por nivel de complejidad, según estructura, procesos y resultados, como así también ingresar al sistema en forma individual.

A series of handwritten signatures and initials in black ink, located at the bottom of the page. The signatures are stylized and vary in length and complexity, including some that appear to be initials or short names.

Que la Intervención de la Gerencia Económica Financiera ha tomado la participación que le compete y con base a las especificaciones elaboradas por las áreas técnicas pertinentes ha instrumentado los respectivos análisis de costos, que se encuentran reservados según se adelantara; existiendo la previsión presupuestaria pertinente.

Que la Gerencia de Asuntos Jurídicos ha elaborado los reglamentos, los instrumentos contractuales, el sistema de penalidades y su correspondiente procedimiento, emitiendo el dictamen de su competencia.

Que la Gerencia de Tecnología y Planeamiento ha confeccionado las pirámides poblacionales individuales para cada UGL, para la evaluación de las realidades regionales.

Que conforme el esquema del MODELO PRESTACIONAL diseñado corresponde aprobar los reglamentos y sus anexos, contratos, menú prestacional por cada nivel de atención, régimen de penalidades y procedimiento, que como anexo forman parte integrante de la presente y constituyen el MODELO PRESTACIONAL SOCIOCOMUNITARIO DE ATENCION MEDICA Y OTRAS PRESTACIONES ASISTENCIALES del I.N.S.S.J.P, que deberá adecuarse a las particularidades regionales y realidad prestacional local.

Que con el objetivo de recuperar un programa médico asistencial de carácter integral, el MODELO PRESTACIONAL SOCIOCOMUNITARIO referido debe tender a ampliar e incorporar otras prestaciones al sistema, por lo que corresponde instruir a las áreas técnicas que arbitren los medios para la implementación del modelo en todo el territorio nacional, así como también a encuadrar otras prestaciones médico-asistenciales en dicho modelo.

Que para estos nuevos contratos regirá un nuevo sistema previsto para los incumplimientos contractuales y penalidades, con un procedimiento interno para la investigación también específico, ya que en este aspecto se han modificado los criterios sentados en la Resolución 290/03, adaptándolos a las particularidades del sistema que se propone.

Que al mismo tiempo se exceptúa parcialmente la aplicación de la Resolución N° 032/01 en lo que respecta al arancel para el reconocimiento de las

*[Handwritten signatures and initials at the bottom of the page]*

prestaciones brindadas por aquellos prestadores/efectores que otorguen cobertura a los beneficiarios en tránsito, el que se registrá por lo estipulado en el modelo de reglamento, contrato y sus anexos.

Que la Coordinación Ejecutiva eleva informe de su competencia avalando los informes técnicos obrantes en el expediente del VISTO.

Por ello y en uso de las facultades contenidas en los artículos 2º y 3º del Decreto 2/2004 y el artículo 1º del Decreto 3/2004 del Poder Ejecutivo Nacional.

LA DIRECTORA EJECUTIVA DEL ORGANO EJECUTIVO DE GOBIERNO  
DEL INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES  
PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS  
RESUELVE

ARTICULO 1.- Aprobar el MODELO PRESTACIONAL SOCIOCOMUNITARIO DE ATENCION MEDICA Y OTRAS PRESTACIONES ASISTENCIALES del I.N.S.S.J.P., cuyos lineamientos surgen del reglamento que como Anexo I forma parte del presente, incluyendo sus Anexos, Contratos, Menú Prestacional y Régimen de Penalidades, el que deberá ajustarse a la realidad prestacional de cada UGL.

ARTICULO 2.- Instruir a las áreas técnicas que arbitren los medios para la implementación del modelo aprobado en el artículo 1.- en todo el territorio nacional. Así como también para encuadrar otras prestaciones médico-asistenciales a dicho modelo.

ARTICULO 3.- Exceptuar parcialmente la aplicación de la Resolución N° 032/01 en lo que respecta al arancel para el reconocimiento de las prestaciones brindadas por aquellos prestadores/efectores que otorguen cobertura a los beneficiarios en tránsito, el que se registrá por lo estipulado en el modelo de reglamento, contrato y sus anexos aprobado en el artículo 1.- del presente.

ARTICULO 4.- Excluir a todos los contratos suscriptos en el marco del presente modelo de la aplicación de la Resolución 290/03, resultando aplicable exclusivamente el régimen de penalidades específico aprobado en el Artículo 1 de la presente.-

ARTICULO 5.- Regístrese, comuníquese y oportunamente archívese.

RESOLUCION N° 284

LIC. MARIA GRACIELA OCARA  
DIRECTORA EJECUTIVA  
I. N. S. S. J. P.

## **REGLAMENTO DEL REGISTRO PARA PRESTADORES INDIVIDUALES**

### **DEFINICIONES**

**INSTITUTO:** Se refiere al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados creado por la Ley N° 19.032 y sus modificatorias..

**MÉDICO DE I NIVEL:** Se refiere al profesional médico que ofrece sus servicios médicos para la atención de los beneficiarios del INSTITUTO en la región geográfica en la que solicita su inscripción, de acuerdo con las especificaciones del presente Reglamento.

**FISIOKINESIOTERAPIA:** Se refiere a los profesionales de salud destinados a la implementación de programas de fisiokinesioterapia en servicios y/o instituciones y/o consultorios asistenciales.

**LABORATORIO BIOQUIMICO:** Se refiere al establecimiento destinado a la realización de las determinaciones bioquímicas de baja, media y alta complejidad a los beneficiarios ambulatorios del Instituto, derivados por los profesionales de I Nivel de atención y/o los del II Nivel ambulatorio.

**PRESTADOR DIAGNOSTICO POR IMÁGENES:** Se refiere a la persona física o jurídica que ofrece sus servicios como Centro de Diagnóstico por Imágenes para I, II y III Nivel de Atención.

**PRESTADOR DE II NIVEL:** Se refiere a las personas físicas y/o jurídicas que se ofrecen para brindar los servicios ambulatorios y en internación especificados en el Menú Prestacional correspondiente a dicho nivel asistencial.

**PRESTADOR DE III NIVEL:** Se refiere a las personas físicas y/o jurídicas que se ofrecen para brindar los servicios ambulatorios y en internación especificados en el Menú Prestacional correspondiente a dicho nivel asistencial.

**PRESTADOR INDIVIDUAL:** Se refiere a las personas físicas o jurídicas que con posterioridad a su registración resultaron acreditados y contratados en los términos de la Resolución para brindar los servicios que ofrecen para la atención de los beneficiarios del Instituto residentes o en tránsito para el área geográfica correspondiente, de acuerdo con el Programa Prestacional pertinente del Anexo aplicable a los servicios ofrecidos.

**BENEFICIARIOS:** Se refiere a los afiliados del INSTITUTO y su grupo familiar, comprendidos en la Ley N° 19.032 y sus modificatorias que cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el Reglamento de afiliaciones del INSTITUTO, excluidos los Veteranos de Guerra de Malvinas.

**REGLAMENTO DEL REGISTRO PARA PRESTADOR INDIVIDUAL:** Se refiere a las normas y procedimientos que deberá cumplimentar un PRESTADOR INDIVIDUAL que ofrece brindar servicios a los beneficiarios del Instituto.

**REGISTRO:** Se refiere al Registro de Prestadores de atención médica y otras prestaciones asistenciales aprobado por Resolución N° 694/04.

**INSCRIPTO/ REGISTRADO:** Se refiere a la persona física o jurídica que inscribió sus datos en el Registro a fin de ofrecer sus servicios prestacionales.

**ACREDITADO:** Se refiere a la persona física o jurídica que se ha registrado y cumple con los requerimientos técnico-legales del presente Reglamento según la evaluación realizada por las áreas técnicas competentes de EL INSTITUTO por los cuales se tiene por aprobada su inscripción.

**SELECCIONADO:** Se refiere a la persona física o jurídica registrada y acreditada que ha sido elegida por el Instituto, sometida a la previa opción de los beneficiarios en caso que así se haya dispuesto y que se encuentra en condiciones de ser contratada por el INSTITUTO.

## **REGLAMENTO**

**Artículo 1°:** El objeto del Registro consiste en la inscripción individual de personas físicas o jurídicas registradas, las que luego de ser acreditadas por EL INSTITUTO serán sometidos a un proceso de selección para la prestación de servicios a sus afiliados.

**Artículo 2°:** La Gerencia de Prestaciones Médicas y la Unidad de Gestión Local tendrán a su cargo la implementación del Registro. La inscripción se realizará de acuerdo a lo establecido en el Art. 6° del presente.

**Artículo 3°:** La recepción de la solicitud de inscripción no implicará el reconocimiento por parte de EL INSTITUTO de la capacidad prestacional ofrecida por la persona física o jurídica registrada, como tampoco su acreditación implicará su contratación.

**Artículo 4°:** EL INSTITUTO se reserva el derecho de anular el proceso de inscripción en cualquier momento previo a la entrada en vigencia del contrato sin expresión de causa, sin que los solicitantes tengan derecho a reclamo, recurso o resarcimiento alguno.

## **Del Registro**

**Artículo 5°:** El Departamento de Prestaciones Médicas de la Unidad de Gestión Local y la Gerencia de Prestaciones Médicas, mantendrá actualizado el REGISTRO, ajustándose a las siguientes normas:

- a) Llevará un Registro Histórico de todas las personas físicas o jurídicas inscriptas discriminando si fue acreditado o no.
- b) Llevará un legajo individual de los acreditados, contratados o no, en los términos de la Resolución , adjuntando todos los antecedentes relacionados con su pedido de inscripción, los comprobantes del trámite de inscripción, acreditación de capacidad prestacional, evaluaciones de auditoría, reacreditaciones, denuncias, dictámenes, sanciones y demás datos de interés.
- c) En el caso que un registrado hubiere resultado con observaciones oportunamente notificadas, según lo indicado en el **Anexo.....**, en el proceso de acreditación previsto por la Resolución , no podrá ser seleccionado, hasta que subsane las falencias

observadas, salvo que razones prestacionales justifiquen la excepción conforme lo establezca EL INSTITUTO, suscribiéndose un “Acta Acuerdo de Acreditación Provisoria” conforme el texto del **Anexo.....**

d) El INSTITUTO reacreditará periódicamente, como mínimo una vez al año a los prestadores individuales contratados, indicando asimismo, su nombre, volumen de servicios, lugar de ubicación y radio de actuación, según la normativa de EL INSTITUTO.

e) En caso de que por cualquier otro motivo el PRESTADOR INDIVIDUAL viere modificada su capacidad prestacional, deberá comunicarlo a EL INSTITUTO para que éste evalúe la factibilidad de la reacreditación de los servicios ofrecidos.

f) Toda situación que pudiera modificar la funcionalidad y organización del prestador individual deberá ser previamente comunicada a EL INSTITUTO con un plazo no inferior a los treinta (30) días corridos, para posibilitar la evaluación y prestar conformidad por parte de la Unidad de Gestión Local respectiva para materializar dicho cambio.

g) EL REGISTRO DE PRESTADORES INDIVIDUALES será público y de libre acceso para los beneficiarios, salvo la información cuya no difusión fundadamente resuelva EL INSTITUTO.

h) El INSTITUTO dejará constancia en el REGISTRO de las bajas o exclusiones y sanciones de prestadores.

### **Requisitos y Procedimiento para la Inscripción**

Artículo 6°: La Inscripción / Registración se realizará ingresando los datos solicitados en el Registro de Prestadores habilitado por EL INSTITUTO.

Artículo 7°: Podrán inscribirse en el REGISTRO bajo las condiciones del presente Reglamento las personas físicas o jurídicas en forma individual que ofrezcan sus servicios en el ámbito geográfico de la Unidad de Gestión Local en la que solicitan su inscripción. Quienes en la actualidad prestan servicios y deseen continuar brindándolos, deberán inscribirse a los fines de ser evaluada su acreditación y selección si correspondiera.

Artículo 8°: No podrán inscribirse:

8.1 Los empleados y personal de EL INSTITUTO, sus parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y 2° de afinidad, salvo quienes actualmente se desempeñen como médicos de cabecera en relación de dependencia.

8.2 Las personas físicas o jurídicas cuyos contratos hayan sido rescindidos con causa por el Instituto.

8.3 Las personas físicas o jurídicas Inhibidas, o en estado de quiebra, o liquidación, mientras no estén rehabilitadas.

8.4 Las Personas físicas condenadas en causa penal por delito doloso, por un lapso igual al doble de la condena.

8.5 Las personas físicas que se encuentren procesadas por hechos originados con motivo o en ocasión de su vinculación con EL INSTITUTO.

8.6 Los Comisionistas, Corredores o Intermediarios

8.7 Los Proveedores de EL INSTITUTO en cualquiera de sus formas.

### **Requisitos y Procedimiento para la Acreditación**

**Artículo 9°:** A los fines de su acreditación presentarán a requerimiento de EL INSTITUTO en la sede que se indique:

9.1. Copia de la Solicitud de Registración efectuada en los términos del Art. 6°, debidamente cumplimentada y firmada, la que implicará la aceptación por parte del solicitante, de la totalidad de las condiciones y modalidades previstas por este REGLAMENTO DEL REGISTRO DE PRESTADORES INDIVIDUALES. En la misma se deberá constituir domicilio legal en..... y denunciar número de teléfono, fax y dirección de correo electrónico. La Declaración jurada que se requiera en los supuestos que EL INSTITUTO solicite ésta a los efectos de la acreditación provisoria por Declaración Jurada.

9.2. Copia autenticada de la habilitación emitida por la Autoridad jurisdiccional competente para los servicios objeto del Registro y de la habilitación del Consultorio / Policonsultorio / Establecimiento correspondiente a la zona en la que ofrece los mismos.

9.3 Copia certificada de la constancia de inscripción o de iniciación del trámite de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud o de iniciación del trámite.

9.4 Declaración jurada conforme el texto del **Anexo.....** manifestando no encontrarse comprendidos en las prohibiciones del artículo 8° del presente. Para la declaración jurada no se admitirá otro texto que el previsto en el mencionado Anexo.

9.5. Certificado vigente de Inscripción en la AFIP.

9.6. Fotocopia de inscripción en Ingresos Brutos o constancia de inscripción en Convenio Multilateral donde figuren todas las jurisdicciones incluidas.

9.7. Manifestación por escrito de la cantidad de BENEFICIARIOS y área geográfica para cuya atención se postula dentro de las pautas fijadas en el Anexo correspondiente a los servicios ofrecidos.

9.8. Declaración Jurada para Acreditación conforme el modelo del Anexo aplicable a los servicios ofrecidos.

9.9. TABLA-RESUMEN DE CAPACIDAD PRESTACIONAL OFRECIDA, con la información debidamente consignada.

9.10. Certificado de antecedentes judiciales del prestador individual y/o las Autoridades de la Entidad y del/los responsables expedido por el Registro Nacional de Reincidencia y Estadística Criminal, dependiente del Ministerio de Justicia de la Nación.

9.11. Certificado expedido por el Registro de Juicios Universales de la Jurisdicción que corresponda, del que surja que las Personas Jurídicas, sus Autoridades y, en su caso, el/los responsables del establecimiento no están fallidos.

9.12. Fotocopia certificada de la documental respaldatoria de la titularidad denunciada sobre la sede de los establecimientos asistenciales cuyos servicios ofrecen.

**9.13. En caso que el registrado sea persona física además deberá presentar:**

9.13.1 Copia certificada de título habilitante y matrícula profesional.

9.13.2 Certificado que acredite la especialización requerida para el servicio que ofrece.

9.13.3 Certificado de aptitud psicofísica extendido por establecimiento público.

9.13.4 Currícula profesional.

**9.14. En caso que el registrado sea persona jurídica además deberá presentar:**

9.14.1. Copia certificada por Escribano del contrato o estatuto de la Sociedad o Asociación, constancia de inscripción ante la Inspección General de Justicia y/o Autoridad Provincial Competente y actas modificatorias.

9.14.2. Fotocopia certificada por Escribano del acta de asamblea (designación de Autoridades) y acta de Directorio (designación de cargos).

9.14.3. Poder suficiente que acredite la personería del Representante Legal, si la misma no surge del respectivo contrato constitutivo.

9.14.4. Dos últimas certificaciones contables disponibles sobre el patrimonio neto y sus rubros (Balances) certificados por el Consejo Profesional que corresponda. Tratándose de Instituciones Públicas Nacionales, Provinciales o Municipales podrá acreditarse el presente requisito mediante constancia de la aprobación de la Ejecución Presupuestaria de anterior ejercicio, emanada del Organismo Competente en cada jurisdicción.

9.14.5. Propuesta Funcional la que deberá contener el programa de funcionamiento del establecimiento.

En todos los casos en que se requiera la presentación de una declaración jurada, la misma deberá contar con certificación notarial de la firma de la cual surge el carácter invocado por el firmante y las facultades que este posee.

Artículo 10°: Al recibir la solicitud de inscripción cumplimentada con la documentación requerida en el Art. 9°, EL INSTITUTO procederá a analizar todos los elementos reunidos a efectos de determinar si el PRESTADOR INDIVIDUAL cumple con los requisitos exigidos por el presente REGLAMENTO DEL REGISTRO DE PRESTADORES INDIVIDUALES.

Artículo 11°: En el caso que la documentación se hallare incompleta, la Unidad de Gestión Local correspondiente, requerirá al solicitante por notificación fehaciente la documentación faltante, la que deberá ser presentada en el plazo que EL INSTITUTO determine en cada

caso.

Artículo 12º: EL INSTITUTO consultará si la persona física o jurídica inscrita en el Registro, no ha sido excluida del Padrón de Prestadores (Nivel Central), en cuyo caso no podrá ser admitida.

Artículo 13º: EL INSTITUTO podrá aprobar la acreditación o aprobarla con observaciones o rechazarla, fijando en cada caso la capacidad prestacional de acuerdo a las pautas previstas por el presente Reglamento y sus Anexos. Una vez aprobada la acreditación EL INSTITUTO procederá a comunicar a la Gerencia de Prestaciones Médicas las personas físicas o jurídicas inscritas en el presente Registro que resultaron acreditadas.

Artículo 14º: Para el caso en que la acreditación o reacreditación sea rechazada, la Unidad de Gestión Local elevará el legajo completo del solicitante, consignando las causales de tal decisión, a la Gerencia de Prestaciones Médicas, quién será la encargada de resolver en forma definitiva sobre la aprobación de la inscripción y/o reacreditación o su rechazo, y comunicar la decisión al solicitante.

Artículo 15º: El solicitante podrá recurrir la decisión de EL INSTITUTO dentro de los tres días de notificado. Los recursos serán resueltos por EL INSTITUTO en forma definitiva sin que tal decisión otorgue derecho a resarcimiento alguno.

Artículo 16º: EL INSTITUTO podrá excepcionalmente acreditar provisoriamente cuando:

a.-) En función de razones prestacionales debidamente justificadas acredite mediante Declaraciones Juradas del PRESTADOR INDIVIDUAL el cumplimiento de los requisitos exigidos en el presente Reglamento y sus Anexos. Supuesto en que EL INSTITUTO podrá contratar la prestación ofrecida en las Declaraciones Juradas, adecuándose a las necesidades prestacionales y sujeto a posterior revisión en base a la acreditación y la elección de los beneficiarios, esta última en caso que así se establezca. EL PRESTADOR INDIVIDUAL deberá obligarse a aportar la documentación respaldatoria dentro de los treinta (30) días, vencido dicho plazo sin que se aporte la totalidad de dicha documentación, automáticamente quedará sin efecto la acreditación provisoria pudiendo EL INSTITUTO considerar rescindido con causa en forma inmediata el contrato que se hubiera suscripto, sin derecho a reclamo alguno por parte de EL PRESTADOR INDIVIDUAL;

b.-) En función de las características de la infraestructura sanitaria de cada jurisdicción, podrá acreditar provisoriamente a EL PRESTADOR INDIVIDUAL y/o efectores que deban cumplimentar algún requisito, en cuyo caso se formalizará un "Acuerdo de Acreditación Provisoria" en los términos que surgen del **Anexo.....** (Acta Acuerdo Acreditación Provisoria).

### **Elección por los Beneficiarios**

Artículo 17º: La persona física o jurídica inscrita en el presente Registro, que logre su acreditación quedará habilitado en la Unidad de Gestión Local para que los beneficiarios puedan realizar su opción, en caso que así EL INSTITUTO lo disponga. A tal efecto la Unidad de Gestión Local pondrá a disposición de los beneficiarios el listado de prestadores acreditados para que ejerzan su elección, no resultando la misma vinculante, ni en relación al inscripto, ni al afiliado, en función de la calidad prestacional, necesidad y cupo asignado.

Artículo 18º: En un todo de acuerdo a lo previsto en el Artículo 17º los afiliados que excedieron el cupo asignado a cada persona inscrita en el presente Registro y acreditada,

serán redistribuidos proporcionalmente a otro PRESTADOR INDIVIDUAL, tomando en consideración las condiciones previstas en el Art. 20º apartado 2º.

Artículo 19º: EL INSTITUTO podrá otorgar al beneficiario la facultad de solicitar el cambio del PRESTADOR INDIVIDUAL que le haya sido asignado, contados seis (6) meses a partir del comienzo efectivo de las prestaciones por parte de EL PRESTADOR INDIVIDUAL, los beneficiarios podrán tener la opción de cambio entre los PRESTADORES/EFFECTORES correspondientes a su jurisdicción, sin expresión de causa. La misma opción podrá ejercerse posteriormente una (1) vez por año, supuestos que estarán sujetos a las mismas pautas previstas en los Arts. 17º y 18º del presente. Sin perjuicio de los plazos dispuestos, EL INSTITUTO podrá producir el cambio a solicitud de el beneficiario, cuando considere que se han constatado causas suficientes que ameriten el cambio fuera de plazo, todo lo cual sujeto a la realidad prestacional de cada jurisdicción.

### **Selección y Contratación**

Artículo 20º: EL INSTITUTO seleccionará a las personas físicas o jurídicas inscriptas en el presente Registro y acreditadas, teniendo en cuenta la calidad prestacional, los antecedentes y la elección de los beneficiarios, en el caso de que esta última se haya efectuado conforme al Art. 17º, 1º parte. A su vez, a efectos de la contratación y asignación de cupos se tendrá en cuenta la realidad socio demográfica, la necesidad prestacional de cada Unidad de Gestión Local conforme las definiciones se adopten para cada jurisdicción, tomando en consideración la distribución proporcional alcanzada por los mecanismos de opción, en caso que EL INSTITUTO lo considere conveniente. EL INSTITUTO a través de la conformación de una Comisión Evaluadora, en los términos del Art. 60º siguientes y concordantes de la Resolución N° 135/03, evaluará las propuestas de los servicios médicos-asistenciales ofrecidos.

Artículo 21º: Con las personas físicas o jurídicas inscriptas en el presente Registro, acreditadas y seleccionados EL INSTITUTO suscribirá el modelo de contrato aprobado, momento en que se dará el alta a EL PRESTADOR INDIVIDUAL, otorgándosele el número de prestador de EL INSTITUTO y el padrón correspondiente, conforme los recaudos vigentes al efecto.

Artículo 22º: Serán parte integrante del contrato este Reglamento y sus Anexos aprobado por Resolución N° , las Resoluciones INSSJyP N° 140/DE/04 y N° 694/DE/04 y la Ley 19032 y sus modificatorias.

Artículo 23º: En caso de incumplimientos a la normativa prevista en el presente Reglamento y sus Anexos, EL INSTITUTO podrá aplicar el Régimen de Penalidades vigente para estas prestaciones.

Artículo 24º: EL INSTITUTO podrá decidir la baja de EL PRESTADOR INDIVIDUAL contratado sin expresión de causa, mediante la rescisión del contrato suscripto, debiendo comunicar dicha decisión con una antelación de treinta (30) días, sin que el ejercicio de dicha facultad otorgue derecho a indemnización o resarcimiento alguno.

## REGLAMENTO DEL REGISTRO DE REDES PRESTACIONALES

### DEFINICIONES

INSTITUTO: Se refiere al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados creado por la Ley N° 19.032 y sus modificatorias.

PRESTADORES: Se refiere a las personas jurídicas que, con posterioridad a su registración resultaron acreditadas en los términos de la Resolución N°                    y que con sus efectores, ya sea en calidad de integrantes o adherentes, forman una RED PRESTACIONAL para brindar servicios médicos de I, II y/o III Nivel a los beneficiarios del Instituto residentes o en tránsito para el área geográfica correspondiente, de acuerdo con el Programa Prestacional del Anexo pertinente del presente Reglamento.

EFFECTORES INTEGRANTES: Se refiere a aquellos EFFECTORES acreditados en los términos de la Resolución N°                    que integran la RED PRESTACIONAL como titulares de capacidad prestacional ofrecida.

EFFECTORES ADHERENTES: Se refiere a aquellos EFFECTORES acreditados en los términos de la Resolución N°                    que han suscripto el **Anexo.....** (de Adhesión) del presente Reglamento a los fines de brindar servicios a los afiliados de EL INSTITUTO cuando razones prestacionales y/o excepcionales lo justifiquen.

RED PRESTACIONAL: Se refiere al conjunto de EFFECTORES agrupados bajo alguna de las modalidades previstas en el presente REGLAMENTO para brindar servicios médicos para la atención de los beneficiarios del Instituto residentes o en tránsito para el área geográfica correspondiente de acuerdo con el programa prestacional y Normas para el Funcionamiento de cada uno de los Niveles de Atención de la RED del presente REGLAMENTO.

BENEFICIARIOS: Se refiere a los afiliados de EL INSTITUTO y su grupo familiar, comprendidos en la Ley N° 19.032 y sus modificatorias que cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el Reglamento de afiliaciones de EL INSTITUTO, excluidos los Veteranos de Guerra de Malvinas.

REGLAMENTO DEL REGISTRO DE REDES PRESTACIONALES: Se refiere a las normas y procedimientos que deberá cumplimentar una RED prestacional contratada por el Instituto para brindar servicios médicos a sus beneficiarios.

REGISTRO: Se refiere al Registro de prestadores de atención médica y otras prestaciones asistenciales aprobado por Resolución N° 694/04.

REGISTRADO O INSCRIPTO: Se refiere a las Redes de Prestadores y sus efectores integrantes o adherentes que registraron sus datos en el Registro.

ACREDITADO: Se refiere a los Prestadores y Efectores que cumplen con los requerimientos técnico legales del presente Reglamento según la evaluación realizada

por las áreas técnicas competentes de EL INSTITUTO por los cuales se tiene por aprobada su inscripción.

SELECCIONADO: Se refiere a la RED PRESTACIONAL registrada y acreditada que ha sido elegida por EL INSTITUTO, que se encuentra en condiciones de ser contratada y dada de alta en el Registro a la que se le otorgará un cupo inicial al momento de ser contratado.

CENTRO DE VERIFICACION INTERNA (CVI): Es la Unidad Funcional de la RED PRESTACIONAL, integrado por Personas Físicas, Profesionales Médicos acreditados en gestión y administración de servicios de salud, encargado del control de gestión de la RED PRESTACIONAL, que resultará el nexo con los niveles de auditoría y conducción de EL INSTITUTO.

PACIENTE EN TRÁNSITO: Se entiende por paciente en tránsito a aquél que requiera servicios médicos y/o asistenciales por razones de urgencia, enfermedades agudas o episodios de reagudización que requiera inmediata atención médica, sea en régimen ambulatorio o de internación, y la consecuente aplicación de prácticas diagnósticas o terapéuticas de impostergable ejecución en un lugar distinto al de la RED PRESTACIONAL a la que pertenece, en un todo de acuerdo a lo previsto por la Resolución N° 032/01 o la que en su oportunidad dicte EL INSTITUTO.

CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO: Es la situación establecida por Protocolo por la Unidad de Gestión Local de EL INSTITUTO, según el criterio de sus áreas técnicas competentes, por la cual un paciente debe seguir siendo asistido por un determinado PRESTADOR, independientemente de la pertenencia del mismo a una RED PRESTACIONAL diferente a la de cobertura actual. La que será abonada por presupuesto aprobado conforme valores que EL INSTITUTO determine.

CONTRATADO: Se refiere a la RED PRESTACIONAL seleccionada que ha suscripto contrato de prestación de servicios médico asistenciales con EL INSTITUTO.

## REGLAMENTO

Artículo 1°: El objeto del Registro consiste en la inscripción de REDES PRESTACIONALES las que luego de ser acreditadas por EL INSTITUTO serán sometidos a un proceso de selección para la prestación de servicios a sus afiliados, conforme el Programa Prestacional, integrado al presente como **Anexo.....**

Artículo 2°: La Gerencia de Prestaciones Médicas y la Unidad de Gestión Local tendrán a su cargo la implementación del Registro. La inscripción se realizará de acuerdo a lo establecido en el Art. 6° del presente.

Artículo 3°: La recepción de la solicitud de inscripción no implicará el reconocimiento por parte de EL INSTITUTO de la capacidad prestacional ofrecida por LAS REDES PRESTACIONALES o sus EFECTORES, así como tampoco su acreditación y capacidad de cupos implicará la obligación de contratación de los mismos.

Artículo 4°: EL INSTITUTO se reserva el derecho de anular el proceso de inscripción de

las REDES PRESTACIONALES en cualquier momento previo a la entrada en vigencia del contrato sin expresión de causa, sin que los solicitantes tengan derecho a reclamo, recurso o resarcimiento alguno.

### Del Registro

Artículo 5°: El Departamento de Prestaciones Médicas de la Unidad de Gestión Local y la Gerencia de Prestaciones Médicas, mantendrá actualizado el Registro, ajustándose a las siguientes normas:

a) Llevará un Registro Histórico de todas las REDES PRESTACIONALES y sus efectores discriminando si fueron acreditados o no.

b) Llevará un legajo individual de la RED PRESTACIONAL y de cada efector integrante /adherente acreditado en los términos de la Resolución , adjuntando todos los antecedentes relacionados con su pedido de inscripción, los comprobantes del trámite de inscripción, acreditación de su capacidad prestacional, evaluaciones de auditoría, reacreditaciones, denuncias, dictámenes, sanciones y demás datos de interés. Los originales serán resguardados conforme se establezca en el Nivel Central del Instituto.

c) En el caso de que una RED PRESTACIONAL se encontrare constituida por algún PRESTADOR, integrante o adherente, que hubiere resultado con observaciones en el proceso de acreditación previsto por la Resolución , oportunamente notificadas según lo establecido en el **Anexo.....** (Notificación de observaciones), EL INSTITUTO con carácter excepcional, teniendo en cuenta la realidad socio demográfica y la necesidad prestacional, podrá inscribir provisoriamente a la RED PRESTACIONAL siempre que ésta última y el efector en cuestión se comprometieren a subsanar las falencias detectadas mediante la suscripción del “Acuerdo de Acreditación Provisoria”, cuyo modelo forma parte del presente como **Anexo.....**

d) El Instituto reacreditará periódicamente, como mínimo una vez al año, a las REDES PRESTACIONALES contratadas indicando asimismo su nombre, volumen de servicios, lugar de ubicación, radio de actuación, etc. según la normativa de EL INSTITUTO.

e) En caso de que por cualquier motivo LA RED PRESTACIONAL viere modificada su capacidad prestacional, deberá comunicarlo a EL INSTITUTO para que este evalúe la factibilidad de la reacreditación de los servicios ofrecidos.

f) Toda situación que pudiera modificar el funcionamiento y organización de una RED PRESTACIONAL, deberá ser previamente comunicada a EL INSTITUTO con un plazo no inferior a los treinta (30) días corridos, para posibilitar la evaluación y prestar conformidad por parte de la Unidad de Gestión Local respectiva para materializar el cambio.

g) EL REGISTRO DE REDES PRESTACIONALES seleccionadas y/o contratadas será público y de libre acceso para los beneficiarios, salvo la información cuya no difusión fundadamente resuelva EL INSTITUTO.

h) EL INSTITUTO dejará constancia en el Registro de las altas, bajas, exclusiones y/o

sanciones de prestadores y efectores.

### **Requisitos y Procedimiento para la Inscripción**

Artículo 6°: La Inscripción / Registración se realizará ingresando los datos solicitados en el Registro de Prestadores habilitado por EL INSTITUTO.

Artículo 7°: Podrán inscribirse en el Registro bajo las condiciones del presente Reglamento, las REDES constituidas únicamente por prestadores directos, titulares de la capacidad prestacional, sean éstos personas físicas y/o personas jurídicas, conformadas bajo las formas societarias o asociaciones previstas en la legislación vigente, pertenecientes al Sector Público, Privado y/o Mixto, que ofrezcan sus servicios en el ámbito geográfico de la Unidad de Gestión Local en la que solicitan su inscripción. Las Asociaciones Civiles Sin Fines de Lucro deberán ser titulares de la capacidad prestacional ofrecida, o bien, estar constituidas por titulares de la capacidad prestacional ofrecida. Las Instituciones Públicas Nacionales, Provinciales o Municipales podrán participar en la forma que permita su normativa específica. Asimismo, los efectores públicos deberán efectuar la renuncia expresa a exigir de EL INSTITUTO, cualquier tipo de compensación distinta de la ofrecida a la RED PRESTACIONAL, tanto sea en virtud del sistema de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada o en virtud de cualquier otro régimen directo o indirecto con EL INSTITUTO, existente o a crearse, mientras revista carácter de Prestador integrante o adherente de una RED PRESTACIONAL.

Artículo 8°: No podrán inscribirse:

8.1 Las personas físicas, jurídicas o Agrupaciones Societarias cuyos contratos hayan sido rescindidos con causa por EL INSTITUTO.

8.2 Los empleados y personal de EL INSTITUTO, sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad y de afinidad en su calidad de integrantes de personas jurídicas o Agrupaciones Societarias ya sea en el carácter de Administradores, Representantes ni como efectores de la RED PRESTACIONAL. .

8.3. Los fallidos.

8.4 Los condenados en causa penal por delito doloso, hasta el cumplimiento de la condena.

8.5 Las personas físicas que se encuentren procesadas por hechos originados con motivo o en ocasión de su vinculación con EL INSTITUTO.

8.6 Los Comisionistas, Corredores o Intermediarios

8.7. Las Redes de Prestadores que tengan por objeto la contratación de servicios de planificación, auditoría de las prestaciones y/o desempeño de los prestadores, de recepción y tramitación de las denuncias o quejas de los beneficiarios, promoción y difusión de los servicios de salud, ni ningún otro atinente a funciones administrativas propias de EL INSTITUTO.

### **Requisitos y Procedimiento para la Acreditación**

Artículo 9°: A los fines de su acreditación presentarán a requerimiento de EL INSTITUTO en la sede que se indique:

9.1. Copia de la Solicitud de Registración efectuada en los términos del Art. 6°, debidamente cumplimentada y firmada por el Representante Legal de la RED PRESTACIONAL, la que implicará la aceptación, por parte del solicitante, de la totalidad de las condiciones y modalidades previstas por el presente REGLAMENTO. En la misma se deberá constituir domicilio legal en el ámbito de la UGL y denunciar número de teléfono, fax y dirección de correo electrónico. La Declaración jurada que se requiera en los supuestos que EL INSTITUTO solicite ésta a los efectos de la acreditación provisoria por Declaración Jurada.

9.2. De la Red:

9.2.1. Copia certificada del contrato o estatuto de la Sociedad o Asociación y de la constancia de inscripción ante la Inspección General de Justicia y/o Autoridad Provincial Competente.

9.2.2. Copia certificada de la constancia que acredite el número de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud de la RED PRESTACIONAL o constancia de iniciación de trámite.

9.2.3. Poder suficiente que acredite la personería del Representante Legal, si la misma no surgiere del respectivo contrato constitutivo.

9.2.4. Dos listados con el detalle de los EFECTORES, uno correspondiente a los integrantes de la RED PRESTACIONAL y el otro correspondiente a los adherentes a la misma.

9.2.5 Manifestación por escrito de la cantidad de beneficiarios y área geográfica para cuya atención se postula la RED PRESTACIONAL dentro de las pautas generales fijadas en el presente y sus correspondientes Anexos y/o las que EL INSTITUTO determine para cada jurisdicción.

9.2.6. Cuadro de distribuciones porcentuales del valor cápita, expresados en mínimos y máximos que la RED PRESTACIONAL aplicará a cada uno de los niveles prestacionales indicados en el Programa respectivo, o a cada efector, según corresponda. El INSTITUTO solo aceptará como gastos de administración un máximo de 3.5% sobre el valor total de la cápita asignada.

9.2.7 Declaración jurada de compromiso de constituir el Centro de Verificación Interna (CVI), consignando los antecedentes técnicos de la/las personas que la integrarán, una sintética descripción del procedimiento a implementar y detallando la composición, el modo de funcionamiento y los productos esperados del CVI.

9.2.8 Tabla Resumen de la Capacidad Prestacional de la RED PRESTACIONAL de acuerdo con el **Anexo.....** (Tabla Prestacional)

9.2.9. Declaración Jurada de Acreditación conforme el modelo del Anexo aplicable a los servicios ofrecidos.

9.2.10 Certificado vigente de inscripción en la AFIP.

9.2.11 Fotocopia de inscripción en Ingresos Brutos o constancia de inscripción en convenio multilateral donde figuren todas las jurisdicciones incluidas

9.2.12 Certificado expedido por el Registro de Juicios Universales de la Jurisdicción que corresponda, del que surja que las Personas Jurídicas, sus Autoridades y, en su caso, el/los responsables de la RED PRESTACIONAL no están fallidos o concursados, ni han solicitado el inicio de su Concurso Preventivo o Registran pedido de Quiebra.

9.2.13 Certificado de antecedentes judiciales de las Autoridades de la Entidad

### 9.3. De cada uno de los integrantes:

9.3.1. Copia certificada de la constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud o constancia de trámite.

9.3.2 Copia autenticada de la habilitación emitida por la Autoridad Jurisdiccional competente para los servicios objeto del Registro y de la habilitación del consultorio/policonsultorio, establecimiento correspondiente a la zona en que ofrece los mismos.

9.3.3. Declaración Jurada conforme texto del **Anexo.....** (Prohibiciones: Personas Físicas, Jurídicas) manifestando no encontrarse comprendidos en las Prohibiciones de la Artículo 8° del presente.

9.3.4. Antecedentes Profesionales respecto de la prestación de servicios iguales o similares al objeto de esta contratación.

9.3.5. Declaración Jurada de Acreditación conforme el modelo del Anexo aplicable a los servicios ofrecidos.

9.3.6. Certificado de Inscripción en la AFIP vigente.

9.3.7 Fotocopia de inscripción en Ingresos Brutos o constancia de inscripción en convenio multilateral donde figuren todas las jurisdicciones incluidas

9.3.8 Fotocopia certificada de la documental respaldatoria de la titularidad denunciada sobre la sede de los establecimientos asistenciales cuyos servicios ofrecen.

9.3.9 Declaración Jurada en calidad de Efectores/Integrantes de la RED PRESTACIONAL, en los términos del **Anexo.....**

9.3.10 Tratándose de personas jurídicas: Además de la documentación indicada en los

Puntos 9.3.1 a 9.3.9 deberán presentar:

- 9.3.11 Copia certificada por Escribano Público o Autoridad Judicial competente del contrato o Estatuto y sus modificaciones y de la constancia de inscripción ante la Inspección General de Justicia y/o Autoridad Provincial Competente. Asimismo, deberá presentarse copia certificada por Escribano del Acta de Asamblea (designación de Autoridades) y Acta de Directorio (designación de cargos) y duración de sus mandatos.
- 9.3.12 Poder suficiente que acredite la personería del Representante Legal, si la misma no surgiere del respectivo contrato constitutivo.
- 9.3.13 Dos ultimas certificaciones contables disponibles sobre el patrimonio neto y sus rubros (Balances), certificados por el Consejo Profesional que corresponda. Tratándose de Instituciones Públicas, Nacionales, Provinciales o Municipales, podrá acreditarse el presente requisito mediante constancia de la aprobación de la ejecución presupuestaria de anterior ejercicio, emanada del Organismo Competente en cada Jurisdicción.

#### 9.4. De los Adherentes:

9.4.1. Tratándose de Personas Físicas los requisitos exigidos en el pto. 9.3.1 al 9.3.7

9.4.2. Tratándose de Personas Jurídicas los requisitos detallados en los puntos 9.3.1. al 9.3.12

9.4.3. La Adhesión por escrito conforme el texto del **Anexo.....** (Declaración Jurada de Adhesión – Personas Físicas/Jurídicas) en la que expresamente conste la capacidad prestacional que pone a disposición de la RED PRESTACIONAL, declarando conocer y aceptar los términos del REGLAMENTO. Para la declaración no se admitirá otro texto que el previsto en el citado Anexo.

En todos los casos en que se requiera la presentación de una declaración jurada, la misma deberá contar con certificación notarial de la firma de la cual surja el carácter invocado por el firmante y las facultades que este posee.

Artículo 10°: Al recibir la solicitud de inscripción cumplimentada con la documentación requerida en el Art. 9°, EL INSTITUTO procederá a analizar todos los elementos reunidos a efectos de determinar si la RED PRESTACIONAL cumple con los requisitos exigidos por el presente REGLAMENTO.

Artículo 11°: En el caso que la documentación se hallare incompleta, la Unidad de Gestión Local correspondiente requerirá al solicitante por notificación fehaciente la documentación faltante, la que deberá ser presentada en el plazo que el INSSJP determine en cada caso.

Artículo 12°: EL INSTITUTO consultará si los EFECTORES (integrantes o adherentes) no han sido excluidos del Padrón de Prestadores (Nivel Central), en cuyo caso no podrá ser admitido. En función de ello, EL INSTITUTO solicitará el reemplazo del efector en

cuestión, debiendo la RED PRESTACIONAL garantizar con otro efector la misma capacidad prestacional ofrecida oportunamente.

Artículo 13°: El Instituto podrá aprobar la acreditación o aprobarla con observaciones o rechazarla, fijando en cada caso la Capacidad Prestacional de la RED PRESTACIONAL de acuerdo a las pautas previstas por el presente Reglamento y sus Anexos. Una vez aprobada la acreditación se procederá a comunicar a la Gerencia de Prestaciones Médicas las REDES PRESTACIONALES y sus correspondientes efectores que resultaron acreditados.

Artículo 14°: Para el caso en que la acreditación o reacreditación sea rechazada, se elevará el legajo completo del solicitante, consignando las causales de tal decisión, a la Gerencia de Prestaciones Médicas quién será la encargada de resolver sobre la aprobación de la acreditación en forma definitiva o provisoria, conforme los términos del Art. 5° inc. c) y/o reacreditación o su rechazo, y comunicar la decisión al solicitante.

Artículo 15°: El solicitante podrá recurrir la decisión de EL INSTITUTO dentro de los tres (3) días de notificado. Los recursos serán resueltos por EL INSTITUTO en forma definitiva sin que tal decisión otorgue derecho a resarcimiento alguno.

Artículo 16°: EL INSTITUTO podrá excepcionalmente acreditar provisoriamente cuando:

- a) En función de razones prestacionales debidamente justificadas acredite mediante Declaraciones Juradas de la RED PRESTACIONAL el cumplimiento de los requisitos exigidos en el presente Reglamento y sus Anexos. Supuesto en que el INSTITUTO podrá contratar la prestación ofrecida en las Declaraciones Juradas, adecuándose a las necesidades prestacionales y sujeto a posterior revisión en base a la acreditación y la elección de los beneficiarios, esta última en caso que así se establezca. La RED PRESTACIONAL deberá obligarse a aportar la documentación respaldatoria dentro de los treinta (30) días, vencido dicho plazo sin que se aporte la totalidad de dicha documentación, automáticamente quedará sin efecto la acreditación provisoria pudiendo EL INSTITUTO considerar rescindido con causa en forma inmediata el contrato que se hubiera suscripto, sin derecho a reclamo alguno por parte de la RED PRESTACIONAL;
- b) En función de las características de la infraestructura sanitaria de cada jurisdicción, podrá acreditar provisoriamente a la RED PRESTACIONAL y/o efectores que deban cumplimentar algún requisito, en cuyo caso se formalizará un "Acuerdo de Acreditación Provisoria" en los términos que surgen del **Anexo.....** (Acta Acuerdo Acreditación Provisoria).

### **Elección por los Beneficiarios**

Artículo 17°: Las REDES PRESTACIONALES que logren su acreditación quedaran habilitadas en la Unidad de Gestión Local para que los beneficiarios puedan realizar su opción, en caso que EL INSTITUTO así lo disponga. A tal efecto la Unidad de Gestión Local pondrá a disposición de los beneficiarios el listado de REDES PRESTACIONALES para que ejerzan la elección de alguna de ellas y en su caso, de los efectores de preferencia que la integran, no resultando la misma vinculante, ni en relación a la RED PRESTACIONAL ni a sus Efectores, ni al afiliado, en función de la calidad prestacional, necesidad y cupo asignado.

Artículo 18º: En un todo de acuerdo a lo previsto en el Artículo 17º los afiliados que excedieron el cupo asignado a cada RED PRESTACIONAL y/o Efector serán redistribuidos proporcionalmente a otra Red Prestacional y/o Efector tomando en consideración las condiciones previstas en el Art. 20º apartado 2º del presente.

Artículo 19º: EL INSTITUTO podrá otorgar al beneficiario la facultad de solicitar el cambio de LA RED PRESTACIONAL que le haya sido asignada, contados seis (6) meses a partir del comienzo efectivo de las prestaciones por parte de LA RED PRESTACIONAL, los beneficiarios podrán tener la opción de cambio entre los PRESTADORES/EFFECTORES correspondientes a su jurisdicción, sin expresión de causa. La misma opción podrá ejercerse posteriormente una (1) vez por año, supuestos que estarán sujetos a las mismas pautas previstas en los Arts. 17º y 18º del presente. Sin perjuicio de los plazos dispuestos, EL INSTITUTO podrá producir el cambio a solicitud del beneficiario, cuando considere que se han constatado causas suficientes que ameriten el cambio fuera de plazo, todo lo cual sujeto a la realidad prestacional de cada jurisdicción.

### **Selección y Contratación**

Artículo 20º: EL INSTITUTO seleccionará a la RED PRESTACIONAL teniendo en cuenta la calidad prestacional de los efectores que la integran y la elección que de éstos últimos efectúen los beneficiarios, en el caso de que esta última se haya realizado conforme el Art. 17º, 1º parte. A su vez, a efectos de la asignación de cupos y contratación se tendrá en cuenta la realidad socio demográfica y la necesidad prestacional de cada Unidad de Gestión Local, conforme las definiciones que al respecto se adopten para cada jurisdicción, tomando en consideración la distribución proporcional alcanzada por los mecanismos de opción, en caso de que EL INSTITUTO así lo disponga. EL INSTITUTO a través de una Comisión Evaluadora conformada en los términos del Art. 60 siguientes y concordantes del Régimen de Contrataciones aprobado por la Resolución N° 135/03, evaluará las propuestas de los servicios médicos-asistenciales ofrecidos.

Artículo 21º: Con la RED PRESTACIONAL seleccionada, EL INSTITUTO suscribirá el modelo de contrato aprobado, momento en que se le dará el alta a la RED PRESTACIONAL otorgándose el número de prestador de EL INSTITUTO a la RED PRESTACIONAL / EFFECTORES conforme la normativa establecida al efecto.

Artículo 22º: Serán parte integrante del contrato este Reglamento y sus Anexos aprobado por Resolución Nro \_\_\_\_\_, las Resoluciones INSSJyP N° 140/DE/04 y N° 694/DE/04 y la Ley 19032 y sus modificatorias.

Artículo 23º: En caso de incumplimientos a la normativa prevista en el presente Reglamento y sus Anexos, El INSTITUTO podrá aplicar el Régimen de Penalidades del **Anexo .....**

Artículo 24º: EL INSTITUTO podrá decidir la baja de la RED PRESTACIONAL contratada sin expresión de causa, mediante la rescisión del contrato suscripto, debiendo comunicar dicha decisión con una antelación de treinta (30) días, sin que el ejercicio de dicha facultad otorgue derecho a indemnización o resarcimiento alguno.

**ANEXO**

**Declaración jurada de no estar comprendido en las prohibiciones previstas en el  
REGLAMENTO DEL REGISTRO DE PRESTADOR INDIVIDUAL**

**Para personas físicas**

El que suscribe ..... DNI/LE/LC/CI N° ....., con domicilio real en ....., declaro bajo juramento:

- No ser comisionista ni corredor ni intermediario.
- No ser personal del INSTITUTO.
- No estar inhabilitado, o en estado de quiebra, o liquidación, sin haber sido rehabilitado.
- No haber sido condenado en causa penal por delito doloso.
- No estar procesado por hechos originados con motivo o en ocasión de vinculación alguna con el INSTITUTO.
- Ser titular de la capacidad prestacional ofrecida.
- Estar establecido en el ámbito geográfico de la Unidad de Gestión Local .....

Firma: .....

La firma del suscripto deberá estar certificada por Escribano Público.
--

**Declaración jurada de no estar comprendido en las prohibiciones previstas en el REGLAMENTO DEL REGISTRO DE PRESTADOR INDIVIDUAL**

**Para personas jurídicas**

El que suscribe ..... DNI/LE/LC/CI N° ....., en mi carácter de ..... de ....., suficientemente facultado para el presente acto, con domicilio real en ....., declaro bajo juramento que ni mi persona ni la institución que represento ni ningún miembro del órgano de administración:

- Somos comisionistas ni corredores ni intermediarios.
- Somos personal del INSTITUTO.
- Estamos inhabilitados, o en estado de quiebra, o liquidación, sin haber sido rehabilitados.
- Hemos sido condenados en causa penal por delito doloso.
- Estamos procesados por hechos originados con motivo o en ocasión de vinculación alguna con el INSTITUTO.

También declaro bajo juramento que la institución que represento:

- Es titular de la capacidad prestacional ofrecida.
- Está establecida en el ámbito geográfico de la Unidad de Gestión Local .....

Firma: .....

La firma del suscripto deberá estar certificada por Escribano Público. En el supuesto de personas jurídicas, también se deberá efectuar la certificación notarial del carácter invocado y de las facultades para el otorgamiento del acto.
--

**Declaración jurada de no estar comprendido en las prohibiciones previstas  
en el REGLAMENTO DEL REGISTRO DE REDES**

**Para personas jurídicas**

El que suscribe ..... DNI/LE/LC/CI N° .....,  
en mi carácter de ..... de .....,  
suficientemente facultado para el presente acto, con domicilio real en  
....., declaro bajo juramento que ni mi persona ni la  
institución que represento ni ningún miembro del órgano de administración:

- Somos comisionistas ni corredores ni intermediarios.
- Somos personal de EL INSTITUTO.
- Estamos inhabilitados, o en estado de quiebra, o liquidación, sin haber sido rehabilitados.
- Hemos sido condenado en causa penal por delito doloso.
- Estamos procesados por hechos originados con motivo o en ocasión de vinculación alguna con EL INSTITUTO.

También declaro bajo juramento que la institución que represento: Es titular de la capacidad prestacional ofrecida. Está establecida en el ámbito geográfico de la Unidad de Gestión Local .....

Firma: .....

La firma del suscripto deberá estar certificada por Escribano Público.
--

**ANEXO**

**Declaración Jurada de Personas Jurídicas,  
de Adhesión a la RED PRESTACIONAL**

En la localidad de ..... a los .... días del mes de ....., el que suscribe ....., DNI/LE/LC/CI N° ....., en su carácter de ....., con domicilio real en ..... de ....., en adelante el “EFECTOR ADHERENTE”, suficientemente facultado para otorgar el presente acto, con domicilio legal en ....., manifiesto:

- 1.- Que la institución que represento adhiere a la RED PRESTACIONAL ....., en la contratación de servicios asistenciales en la Unidad de Gestión Local<sup>1</sup> ..... N° ..... del INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS.-
- 2.- Que en consecuencia el “EFECTOR ADHERENTE” se compromete a brindar los servicios médico asistenciales del Nivel ....., previstos mediante Resolución N° ...../.... –cuyos términos y condiciones conozco y acepto, de acuerdo con la capacidad instalada y disponibilidad que surge de la /s guía /s de acreditación que se acompañan en el presente. Declaro bajo juramento que lo consignado en las guías es auténtico y responde fielmente a la verdad.
- 3.- Que el “EFECTOR ADHERENTE” acepta expresamente la cláusula de indemnidad del punto IV.3. del modelo de contrato aprobado mediante Resolución ...../....., en el sentido que el INSSJyP no será responsable en ningún caso, ni intervendrá en discrepancia alguna, reclamo o juicio, que pudiere producirse con mi parte, ni entre mi parte y y/o terceros y/o la RED PRESTACIONAL, renunciando en forma expresa a cualquier acción judicial o reclamo extrajudicial contra el INSSJyP.
- 4.- Que el “EFECTOR ADHERENTE” presta conformidad para que, en caso de ser solicitado por el INSSJyP, se lo excluya de la RED PRESTACIONAL a la cual por el presente adhiere.
- 5.- Que el “EFECTOR ADHERENTE” ofrece para la RED PRESTACIONAL la siguiente capacidad prestacional: .....

FIRMA.....

De acuerdo con el REGLAMENTO DEL REGISTRO DE REDES PRESTACIONALES , la firma deberá estar certificada por Escribano Público. También se deberá efectuar la acreditación del carácter invocado por el firmante y de las facultades para el otorgamiento del acto.

\_\_\_\_\_

**ANEXO**

**Declaración Jurada de Personas Jurídicas,  
de Adhesión a la RED PRESTACIONAL**

En la localidad de ..... a los .... días del mes de ....., el que suscribe ....., DNI/LE/LC/CI N° ....., en su carácter de ....., con domicilio real en ..... de ....., en adelante el “EFECTOR ADHERENTE”, suficientemente facultado para otorgar el presente acto, con domicilio legal en ....., manifiesto:

- 1.- Que la institución que represento adhiere a la RED PRESTACIONAL ....., en la contratación de servicios asistenciales en la Unidad de Gestión Local<sup>1</sup> ..... N° ..... del INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS.-
- 2.- Que en consecuencia el “EFECTOR ADHERENTE” se compromete a brindar los servicios médico asistenciales del Nivel ....., previstos mediante Resolución N° ...../.... –cuyos términos y condiciones conozco y acepto, de acuerdo con la capacidad instalada y disponibilidad que surge de la /s guía /s de acreditación que se acompañan en el presente. Declaro bajo juramento que lo consignado en las guías es auténtico y responde fielmente a la verdad.
- 3.- Que el “EFECTOR ADHERENTE” acepta expresamente la cláusula de indemnidad del punto IV.3. del modelo de contrato aprobado mediante Resolución ...../....., en el sentido que el INSSJyP no será responsable en ningún caso, ni intervendrá en discrepancia alguna, reclamo o juicio, que pudiere producirse con mi parte, ni entre mi parte y y/o terceros y/o la RED PRESTACIONAL, renunciando en forma expresa a cualquier acción judicial o reclamo extrajudicial contra el INSSJyP.
- 4.- Que el “EFECTOR ADHERENTE” presta conformidad para que, en caso de ser solicitado por el INSSJyP, se lo excluya de la RED PRESTACIONAL a la cual por el presente adhiere.
- 5.- Que el “EFECTOR ADHERENTE” ofrece para la RED PRESTACIONAL la siguiente capacidad prestacional: .....

FIRMA.....

De acuerdo con el REGLAMENTO DEL REGISTRO DE REDES PRESTACIONALES , la firma deberá estar certificada por Escribano Público. También se deberá efectuar la acreditación del carácter invocado por el firmante y de las facultades para el otorgamiento del acto.

\_\_\_\_\_

**Declaración Jurada de Personas Jurídicas,  
INTEGRANTES de la RED PRESTACIONAL**

En la localidad de ..... a los .... días del mes de ....., el que suscribe ....., DNI/LE/LC/CI N° ....., en su carácter de ....., con domicilio real en ..... de ....., en adelante el “EFECTOR INTEGRANTE”, suficientemente facultado para otorgar el presente acto, con domicilio legal en ....., manifiesto:

1.- Que la institución que represento integra la RED PRESTACIONAL ....., en la contratación de servicios asistenciales en la Unidad de Gestión Local<sup>1</sup> ..... N° ..... del INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS.-.-

2.- Que en consecuencia el “EFECTOR INTEGRANTE” se compromete a brindar los servicios médico asistenciales del Nivel ....., previstos mediante Resolución N° ...../.... –cuyos términos y condiciones conozco y acepto, de acuerdo con la capacidad instalada y disponibilidad que surge de la /s guía /s de acreditación que se acompañan en el presente. Declaro bajo juramento que lo consignado en las guías es auténtico y responde fielmente a la verdad.

3.- Que el “EFECTOR INTEGRANTE” acepta expresamente la cláusula de indemnidad del punto IV.3. del contrato aprobado mediante Resolución ...../....., en el sentido que el INSSJyP no será responsable en ningún caso, ni intervendrá en discrepancia alguna, reclamo o juicio, que pudiere producirse con mi parte, ni entre mi parte y y/o terceros y/o la RED PRESTACIONAL, renunciando en forma expresa a cualquier acción judicial o reclamo extrajudicial contra el INSSJyP.

4.- Que el “EFECTOR INTEGRANTE” presta conformidad para que, en caso de ser solicitado por el INSSJyP, se lo excluya de la RED PRESTACIONAL que integra.

5.- Que el “EFECTOR INTEGRANTE” ofrece para la RED PRESTACIONAL la siguiente capacidad prestacional:

.....

FIRMA.....

De acuerdo con el REGLAMENTO DEL REGISTRO DE REDES PRESTACIONALES , la firma deberá estar certificada por Escribano Público. También se deberá efectuar la acreditación del carácter invocado por el firmante y de las facultades para el otorgamiento del acto.

\_\_\_\_\_

## **CONTRATO**

Entre el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados representado en este acto por la Directora Ejecutiva del Organo Ejecutivo de Gobierno, en adelante EL INSTITUTO, con domicilio en Perú 169, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por una parte y por la otra ....., en adelante EL PRESTADOR INDIVIDUAL inscripto bajo el N° ..... en el REGISTRO DE PRESTADORES DE ATENCIÓN MÉDICA Y OTRAS PRESTACIONES ASISTENCIALES de EL INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS, y N° ..... del Registro Nacional de Prestadores, domiciliado en ..... DNI N° ..... , CUIT N° ..... se celebra el presente contrato de Locación de Servicios en los términos del Art. 1623 del Código Civil y sujeto a las Cláusulas que seguidamente se enuncian:

### **OBJETO.-**

**PRIMERA:** El presente contrato tiene por objeto la contratación de los servicios médico asistenciales de ..... Nivel de atención especificados en el **Anexo** ..... del REGLAMENTO PARA PRESTADORES INDIVIDUALES aprobado por Resolución N° ..... a brindar por ..... a los beneficiarios del INSSJP, excluidos los Veteranos de Guerra de Malvinas, domiciliados en el ámbito de la Unidad de Gestión Local .....

### **VIGENCIA.-**

**SEGUNDA:** El presente Contrato tendrá una vigencia de dos (2) años contados a partir del ..... de ..... de ....., con prórroga automática por un (1) año a opción de EL INSTITUTO, salvo notificación fehaciente en sentido contrario con sesenta (60) días de antelación.

### **NATURALEZA.-**

**TERCERA:** La prestación de los servicios asistenciales por parte de EL PRESTADOR INDIVIDUAL en el lapso durante el cual esté obligado por el presente contrato, se considerará servicio de asistencia social de interés

público conforme el art. 33 de la Ley 23.661 y Art. 2° de la Ley 25615. Por tal circunstancia finalizado el plazo de vigencia del Contrato, EL PRESTADOR INDIVIDUAL deberá continuar prestando los servicios asistenciales hasta tanto se le notifique fehacientemente el nuevo PRESTADOR que designe EL INSTITUTO para brindar dichas prestaciones.

#### **OBLIGACIONES DEL PRESTADOR INDIVIDUAL.-**

**CUARTA:** El PRESTADOR INDIVIDUAL se compromete a utilizar toda su ciencia, pericia y diligencia de conformidad con las sanas prácticas profesionales en la atención de los beneficiarios que le fueran asignados. EL PRESTADOR INDIVIDUAL podrá solicitar la baja de beneficiarios de su cupo, a la Unidad de Gestión Local que corresponda, la que resolverá sobre su procedencia.

**QUINTA:** EL PRESTADOR INDIVIDUAL se obliga a efectuar la prestación comprometida con las modalidades y condiciones previstas en el presente contrato y Anexos pertinentes del REGLAMENTO PARA PRESTADORES INDIVIDUALES. Podrá efectuarla en su consultorio particular y/o policonsultorio y/o establecimiento sito en la calle ....., y en su caso, EL PRESTADOR INDIVIDUAL DE I NIVEL en el domicilio del afiliado o en el lugar donde éste se encuentre internado, salvo que la internación se efectúe en un ámbito geográfico distinto al que pertenecen tanto el beneficiario como EL PRESTADOR INDIVIDUAL.

EL PRESTADOR INDIVIDUAL no podrá disminuir la capacidad prestacional que le fue acreditada o el alcance geográfico para el cual ofreció sus servicios.

**SEXTA:** Cuando EL PRESTADOR INDIVIDUAL de I Nivel excepcionalmente no pudiere brindar los servicios, garantizará la prestación, designando un profesional reemplazante con una antelación no menor a treinta (30) días corridos, salvo causas sobrevinientes o excepcionales debidamente justificadas a criterio de EL INSTITUTO. Los honorarios del Profesional reemplazante serán pagados por el profesional titular del presente contrato. EL PRESTADOR INDIVIDUAL de II o III NIVEL deberá igualmente garantizar la prestación integral, previendo la oportuna derivación a su costo y riesgo cuando por

razones excepcionales no pudiere brindar por sí los servicios que le fueron contratados. Caso contrario deberá emitir el respectivo rechazo conformado a efectos EL INSTITUTO emita la correspondiente Orden de Prestación con débito a la cápita de origen.

**SEPTIMA:** EL PRESTADOR INDIVIDUAL y en su caso el Profesional o Institución reemplazante, no podrán exigir suma alguna por parte de los afiliados con motivo de la prestación de los servicios comprometidos en el presente contrato. EL PRESTADOR INDIVIDUAL deberá colocar en lugar visible al público un cartel o leyenda que informe que por los servicios prestados a los BENEFICIARIOS, éstos no deberán abonar suma alguna.

**OCTAVA:** EL PRESTADOR INDIVIDUAL declara que su desempeño es independiente y autónomo, corriendo por su exclusiva cuenta toda obligación derivada de la legislación impositiva, previsional y asistencial aplicables, encontrándose inscripto en la AFIP bajo el CUIT N° ..... . Como consecuencia de ello, releva a EL INSTITUTO de toda obligación referida a aspectos previsionales, asistenciales y/o de coberturas médicas. Asimismo declara que desarrolla su labor profesional asumiendo en exclusividad los riesgos económicos propios del ejercicio de su actividad utilizando para ello las instalaciones indicadas en la Cláusula Quinta, haciéndose cargo del personal de que se valga para tal cometido y declara expresamente que no se encuentra bajo relación de dependencia con el INSSJP, renunciando, en su caso, a cualquier reclamo de índole laboral.

**NOVENA:** Dentro de los ocho (8) días corridos computables desde la firma del presente contrato, EL PRESTADOR INDIVIDUAL deberá acreditar, a través de la presentación de las pólizas o certificados de cobertura y recibos de pago correspondiente, la contratación de seguros de responsabilidad civil contractual y extracontractual, de mala praxis y contra incendio derivados de la ejecución de las obligaciones materia del presente contrato, por todo el plazo de vigencia del mismo. EL PRESTADOR INDIVIDUAL se compromete a presentar en forma periódica los comprobantes de pago que avalen la vigencia de todas las coberturas. EL INSTITUTO se reserva el derecho de evaluar la solvencia de la Compañía Aseguradora, pudiendo requerir su reemplazo en caso de

considerarlo conveniente. La póliza que se presente quedará en custodia de EL INSTITUTO. La falta de presentación de la documentación respectiva dentro del plazo indicado implicará la rescisión automática del presente contrato sin derecho a indemnización alguna. Esta garantía deberá tener validez durante toda la vigencia del contrato y sus prórrogas hasta la total extinción de las obligaciones asumidas por EL PRESTADOR INDIVIDUAL.

**DECIMA:** Dentro de los treinta (30) días de suscripto el presente contrato, EL INSTITUTO podrá exigir a EL PRESTADOR INDIVIDUAL de I Nivel de Atención, una garantía de cumplimiento de contrato equivalente al 10% del valor que surja de multiplicar el valor unitario de la cápita mensual por la cantidad de beneficiarios asignados. EL PRESTADOR INDIVIDUAL DE II y III NIVEL dentro de los ocho (8) días de suscripto el presente contrato, deberá constituir una garantía de cumplimiento de contrato equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato.

Las garantías antes aludidas deberán ser constituidas en alguna de las siguientes formas:

- A. Depósito en efectivo en la cuenta corriente que a tal efecto indique EL INSTITUTO. Dicho depósito se acreditará mediante la presentación de la boleta de depósito pertinente.
- B. Seguro de Caución, acompañando la póliza respectiva aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación, extendida a favor de EL INSTITUTO y recibo de cancelación de la prima.
- C. Títulos de la deuda pública nacional.
- D. Aval bancario.

Esta garantía deberá tener validez durante toda la vigencia del contrato y sus prórrogas hasta la total extinción de las obligaciones asumidas por EL PRESTADOR INDIVIDUAL.

La falta de presentación de la garantía mencionada en la presente cláusula implicará la rescisión automática del presente contrato, sin derecho a indemnización alguna.

**DECIMO PRIMERA:** EL PRESTADOR INDIVIDUAL deberá mantener indemne a EL INSTITUTO frente a cualquier reclamo judicial o extrajudicial que pudiere

realizar cualquier tercero, por causas derivadas del cumplimiento y/o incumplimiento de las obligaciones del Contrato, o de las normas del REGLAMENTO PARA PRESTADORES INDIVIDUALES. EL INSTITUTO no será responsable en ningún caso ante terceros, ni intervendrá en discrepancia alguna, reclamo o juicio, que pudiere producirse entre terceros y EL PRESTADOR INDIVIDUAL, renunciando expresamente a cualquier acción judicial o reclamo extrajudicial contra EL INSTITUTO.

**DECIMO SEGUNDA:** EL PRESTADOR INDIVIDUAL como presupuesto para la contratación con EL INSTITUTO, no podrá tener suscripto convenio o acordadas cláusulas de exclusividad con terceros que le impidan obligarse libremente, en cuyo caso, EL INSTITUTO podrá en forma inmediata rescindir el presente con expresión de causa, sin que dicha circunstancia genere derecho a reclamo o indemnización alguna.

**DECIMO TERCERA:** EL PRESTADOR INDIVIDUAL estará obligado a brindar la información estadística en el formato y soporte documental y/o informático que le requiera EL INSTITUTO. Dicha información deberá ser entregada a EL INSTITUTO con la periodicidad que este determine al efecto.

El incumplimiento de EL PRESTADOR INDIVIDUAL de remitir a EL INSTITUTO la información relativa a las prestaciones realizadas, bajo las condiciones y modalidades indicadas por EL INSTITUTO, y bajo el control de Auditoría de éste, traerá aparejada la aplicación de las Penalidades correspondientes previstas en el **Anexo** ..... La información estadística proporcionada revestirá el carácter de declaración jurada, debiendo ser suscripta por EL PRESTADOR INDIVIDUAL, en dos (2) copias con el soporte documental y/o informático que EL INSTITUTO determine.

**DECIMO CUARTA:** EL PRESTADOR INDIVIDUAL llevará obligatoriamente una Historia Clínica por cada BENEFICIARIO, la que deberá estar en forma permanente a disposición de EL INSTITUTO y ser presentada de manera inmediata a cada requerimiento de éste, en el soporte documental y/o informático que EL INSTITUTO determine. En la Historia Clínica deberá constar la identidad del paciente, número de beneficiario, motivo de la consulta, diagnóstico, tratamiento indicado, convocatoria a nuevas consultas, exámenes

y prácticas médicas indicadas, y cualquier otro dato que permita el seguimiento y debido control de las prestaciones otorgadas, programadas para futuro y/o indicadas al BENEFICIARIO. En todos los casos deberá consignarse la firma y sello del profesional actuante. En caso de que por cualquier motivo el Beneficiario sea dado de baja en el cupo de EL PRESTADOR INDIVIDUAL, copia de la misma deberá facilitarse al nuevo Profesional que le sea asignado al BENEFICIARIO. La omisión de consignar los requisitos correspondientes o de demorar o no entregar la historia clínica a requerimiento de EL INSTITUTO, traerá aparejada la aplicación de las penalidades indicadas en el **Anexo .....** en función de lo establecido en la Cláusula Vigésimo Octava del presente contrato.

**DECIMO QUINTA:** EL PRESTADOR INDIVIDUAL deberá constatar la calidad de BENEFICIARIO de EL INSTITUTO mediante la presentación de documento de identidad y de alguna de las tres (3) últimas OPP (Orden de Pago Previsional) o CPP (Comprobante de Pago Previsional) o carnet o credencial correspondiente. En el supuesto de mayores de setenta (70) años, los BENEFICIARIOS del Convenio Argentino Italiano y cualquier otro BENEFICIARIO que fuese incorporado a EL INSTITUTO, deberá acreditar su condición de BENEFICIARIO mediante el carnet o credencial correspondiente y el documento de identidad. En el caso de las personas cuya jubilación o pensión se encuentren en trámite ante la ANSES, acreditarán su condición de BENEFICIARIOS con el carnet o credencial de afiliación provisoria y el documento de identidad.

**DECIMO SEXTA:** Los BENEFICIARIOS que se encuentren en tránsito en un ámbito geográfico nacional diverso al de su domicilio y requieran atención médico asistencial por razones de urgencia o casos específicamente autorizados por EL INSTITUTO, serán asistidos por EL PRESTADOR INDIVIDUAL del lugar en que se encuentren con cargo a EL INSTITUTO. Los montos de las prestaciones otorgadas en tales condiciones serán abonados a EL PRESTADOR INDIVIDUAL a valores Nomenclador SAMI y/o el que determine EL INSTITUTO en su oportunidad. Como consecuencia de ello, el monto que se liquide por esas prestaciones le será debitado al Prestador en el cual el BENEFICIARIO se encontrase capitado, de conformidad al

procedimiento establecido en la Resolución N° 032/01 de EL INSTITUTO o la norma que oportunamente se dicte en su reemplazo. Para tener derecho a la percepción por el servicio prestado, EL PRESTADOR INDIVIDUAL que brinde servicios a EL BENEFICIARIO en tránsito deberá notificar fehacientemente al Prestador de origen y a EL INSTITUTO dentro de las 48 horas de iniciada la atención, debiendo facilitar la realización de auditorías tanto a EL INSTITUTO, como al Prestador en el que el BENEFICIARIO se encontrase capitado. El mismo régimen será de aplicación para los BENEFICIARIOS en tratamiento al momento de iniciarse la nueva contratación.

**DECIMO SEPTIMA:** EL PRESTADOR INDIVIDUAL renuncia expresamente a invocar en su favor el plazo de impugnación de la factura previsto en el Artículo 474 del Código de Comercio.

#### **MODALIDAD DE ATENCION.-**

**DECIMO OCTAVA:** EL INSTITUTO contrata los servicios de EL PRESTADOR INDIVIDUAL para que éste los desarrolle de acuerdo a la modalidad operativa conforme fuera acreditado y tal cual surge del Anexo pertinente del REGLAMENTO PARA PRESTADORES INDIVIDUALES. Las partes acuerdan que el presente no importa exclusividad en la prestación de los servicios objeto de este contrato.

**DECIMO NOVENA:** Queda establecido que si el BENEFICIARIO hiciera uso de la opción que le acuerde EL INSTITUTO a fin de cambiar EL PRESTADOR INDIVIDUAL, conforme se establece en el REGLAMENTO PARA PRESTADORES INDIVIDUALES, éste no tendrá derecho a reclamo o resarcimiento alguno por tal circunstancia. Sin perjuicio de los plazos dispuestos, EL INSTITUTO podrá producir el cambio de EL PRESTADOR INDIVIDUAL a solicitud del BENEFICIARIO, cuando considere que se han constatado causas suficientes que ameriten el cambio.

#### **HONORARIOS- CONTRAPRESTACION.-**

**VIGESIMA:** El PRESTADOR INDIVIDUAL percibirá en concepto de honorarios/contraprestación dineraria la suma equivalente a la resultante de

multiplicar el monto de la cápita mensual fijada en Pesos ..... (\$ ..... ) establecido por EL INSTITUTO por la cantidad de beneficiarios asignados, por todos los conceptos incluidos en el menú prestacional del **Anexo** ..... del REGLAMENTO PARA PRESTADORES INDIVIDUALES aprobado por Resolución N° .....

#### **FACTURACION.-**

**VIGESIMO PRIMERA:** EL PRESTADOR INDIVIDUAL para poder iniciar el proceso de facturación deberá estar inscripto en el Registro de Prestadores de EL INSTITUTO, sin excepciones. El PRESTADOR INDIVIDUAL presentará la facturación por mes adelantado, dentro de los primeros cinco (5) días del mes de las prestaciones facturadas. El PRESTADOR INDIVIDUAL facturará a EL INSTITUTO el monto correspondiente a la cápita total mensual que resulte de multiplicar el valor de la cápita individual mensual indicada en la Cláusula Vigésima, por el total de BENEFICIARIOS asignados y publicados en la página de Internet de EL INSTITUTO. No se recibirán facturas con un importe distinto al publicado, sin excepción. Tanto en el caso de discrepancia como en relación a la forma y liquidación de pago EL PRESTADOR INDIVIDUAL deberá proceder conforme lo estipulado en el presente contrato y en el **Anexo** ....., sujeto a las altas y bajas que se produzcan. A tales efectos, EL INSTITUTO actualizará el padrón de BENEFICIARIOS asignados a EL PRESTADOR INDIVIDUAL en forma mensual. Una vez presentada la factura, EL INSTITUTO procederá a su liquidación practicando los débitos y créditos correspondientes. El pago de las facturas presentadas en término se realizará dentro de los TREINTA (30) días hábiles del vencimiento de la fecha para la presentación de la factura, mediante cheque o transferencia bancaria que EL INSTITUTO efectuará al Banco de la Nación Argentina a cada PRESTADOR INDIVIDUAL o conforme se determine en función de la realidad de cada jurisdicción. En aquellos casos de PRESTADORES INDIVIDUALES de naturaleza pública EL INSTITUTO abonará la contraprestación dineraria pertinente de acuerdo al sistema que les permita la legislación vigente en su jurisdicción, preservando en todos los casos la debida retribución.

## **PROHIBICION.-**

**VIGESIMO SEGUNDA:** EL PRESTADOR INDIVIDUAL no podrá ceder el presente contrato ni subcontratar a terceros, salvo el supuesto de excepción previsto en la Cláusula Sexta. La cesión o subcontratación realizada en violación a las previsiones contenidas en la presente cláusula facultará a EL INSTITUTO a dar por rescindido con causa el contrato de pleno derecho.

## **OBLIGACIONES Y FACULTADES DEL INSTITUTO.-**

**VIGESIMO TERCERA:** El INSTITUTO se compromete a asignar a EL PRESTADOR INDIVIDUAL la cantidad de afiliados que EL INSTITUTO determina en el **Anexo.....** a fin que El PRESTADOR INDIVIDUAL les brinde los servicios asistenciales por los cuales ha sido contratado. El padrón de beneficiarios a su cargo estará sujeto a las altas y bajas que se produzcan.

**VIGESIMO CUARTA:** EL INSTITUTO se reserva la facultad de la reasignación de las cápitras asignadas y contratadas, en función de la necesidad prestacional local, conforme las definiciones que se adopten para esta jurisdicción y/o tomando en consideración la vigencia de la acreditación provisoria o los mecanismos de opción o elección de PRESTADOR INDIVIDUAL que efectúe el Beneficiario, en caso que así se establezca, según EL INSTITUTO lo considere conveniente. En estos supuestos, EL INSTITUTO deberá notificar a EL PRESTADOR INDIVIDUAL con una antelación no inferior a treinta (30) días corridos, con excepción de los casos de pérdida de vigencia de la acreditación provisoria, en los que la rescisión será inmediata. Circunstancia que es aceptada de plena conformidad por EL PRESTADOR INDIVIDUAL, sin que ello genere a este derecho a reclamar indemnización por daños, perjuicios y/o lucro cesante.

**VIGESIMO QUINTA:** El INSTITUTO podrá evaluar periódicamente a EL PRESTADOR INDIVIDUAL elaborando un informe señalando los desvíos detectados que serán notificados a EL PRESTADOR INDIVIDUAL para su corrección en el tiempo y la forma que EL INSTITUTO determine.

A) Auditoría y Supervisión Médica.-

El INSTITUTO se reserva el derecho de auditar, evaluar y supervisar todas las obligaciones asumidas por EL PRESTADOR INDIVIDUAL en el presente

Contrato, en especial con relación a la calidad de la atención, accesibilidad económica y temporal, proceso-resultado, como las vinculadas con la estructura física, equipamiento y tecnología. A tal fin, EL PRESTADOR INDIVIDUAL deberá garantizar el libre acceso de los profesionales y auditores de EL INSTITUTO, o de cualquier otro profesional que éste designe.

**B) Confección del Acta.-**

Toda auditoría deberá instrumentarse en un acta pormenorizada en la cual se deberá dejar constancia del objeto de la misma y detalle de las irregularidades que pudieren detectarse, debiendo ser suscripta obligatoriamente por EL PRESTADOR INDIVIDUAL sujeto a la auditoría o el personal que se encuentre a cargo del consultorio o establecimiento y el personal de EL INSTITUTO. Si de la auditoría realizada por EL INSTITUTO se determina la falsedad de la declaración contenida en la Guía de Acreditación, EL INSTITUTO quedará facultado a rescindir el contrato con causa con pérdida de la Garantía de Cumplimiento de Contrato.

**VIGESIMO SEXTA:** EL INSTITUTO se reserva la facultad de diagramar un sistema de incentivos, en caso de que así lo considere, conforme la realidad prestacional de la zona y grado de cumplimiento de las cláusulas del presente contrato.

**VIGESIMO SEPTIMA:** EL INSTITUTO podrá rescindir el contrato sin expresión de causa, notificándolo en forma fehaciente con una antelación no inferior a treinta (30) días corridos, sin que ello otorgue a la otra parte derecho a reclamar indemnización por daños, perjuicios y/o lucro cesante. Sin perjuicio de haberse notificado la rescisión del contrato, EL PRESTADOR INDIVIDUAL deberá continuar prestando los servicios, en igual forma que si estuviera vigente el contrato hasta tanto se haga cargo el nuevo prestador que designe EL INSTITUTO, conforme los términos de la Cláusula Tercera.

**VIGESIMO OCTAVA:** No obstante la aplicación de las sanciones previstas en la Cláusula siguiente y sin perjuicio de lo dispuesto en la cláusula SEXTA última parte; en caso de falta injustificada de la prestación de los servicios por parte de EL PRESTADOR INDIVIDUAL, EL INSTITUTO podrá obtener la debida prestación del servicio de que se trate por parte de un tercero con cargo a EL

PRESTADOR INDIVIDUAL. Dicho cargo será debitado de la suma correspondiente a facturas pendientes de pago o a presentarse en el futuro.

#### **PENALIDADES.-**

**VIGESIMO NOVENA:** EL INSTITUTO se reserva la facultad de aplicar como medida de carácter alternativo y/o adicional, con fines correctivos, en resguardo del correcto y fiel cumplimiento del presente contrato, así como del Reglamento y sus Anexos, el régimen de penalidades previsto en el **Anexo** ..... del REGLAMENTO PARA PRESTADORES INDIVIDUALES.

#### **MARCO NORMATIVO.-**

**TRIGESIMA:** Las partes acuerdan que son parte integrante del presente Contrato, el Reglamento y sus Anexos aprobado por Resolución N° ..... , las Resoluciones N° 140/04 y N° 694/04 y la Ley 19032 y sus modificatorias, que EL PRESTADOR INDIVIDUAL declara conocer y aceptar.

#### **IMPUESTOS.-**

**TRIGESIMA PRIMERA:** En caso que el presente contrato tribute impuesto de sellos, su pago estará a cargo exclusivo de EL PRESTADOR INDIVIDUAL, en la proporción que a él le corresponda, habida cuenta de encontrarse EL INSTITUTO exento de pago del impuesto de sellos, en virtud del artículo 39 de la Ley 23661 y artículo 13 de la Ley 19032. En caso que EL PRESTADOR INDIVIDUAL goce de alguna exención impositiva deberá adjuntar la constancia vigente que así lo acredite.

#### **JURISDICCION Y COMPETENCIA.-**

**TRIGESIMO SEGUNDA:** A todos los efectos legales derivados del presente contrato las partes pactan la jurisdicción y competencia de la Justicia Federal en los Civil con asiento en la ciudad de ....., con renuncia a cualquier otro fuero o jurisdicción que pudiera corresponder, constituyendo domicilio en los indicados al comienzo del presente, donde serán válidas todas las notificaciones judiciales y extrajudiciales que se practiquen.

En prueba de conformidad, se firman tres (3) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en ..... a los ..... días del mes de ..... de 200...-

## **CONTRATO**

Entre el INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS en adelante EL INSTITUTO representado en este acto por la Directora Ejecutiva del Organismo Ejecutivo de Gobierno con domicilio en Perú 169 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, LIC. MARIA GRACIELA OCAÑA por una parte y por la otra .....en adelante LA RED PRESTACIONAL, representado en este acto por ..... , DNI N°.....con domicilio en ..... , en su carácter de ..... inscripto en el Registro de Prestadores de Atención Médica y Otras Prestaciones Asistenciales del I.N.S.S.J.P. y bajo el N° ..... del Registro Nacional de Prestadores; se celebra el presente en los términos del Art. 1623 del Código Civil y sujeto a las Cláusulas que seguidamente se enuncian:

### **I. OBJETO del CONTRATO**

El presente contrato tiene por objeto brindar las prestaciones médico asistenciales de ..... Nivel de atención especificadas en el **Anexo** .....(Programa Prestacional), de acuerdo a las modalidades y características de cada uno de los Niveles de atención aprobado por Resolución I.N.S.S.J.P. N° ....., a fin de brindar cobertura a los BENEFICIARIOS de EL INSTITUTO, con exclusión de los Veteranos de Guerra de Malvinas, residentes en el ámbito geográfico de la Unidad de Gestión Local..... hasta el límite de la capacidad prestacional acreditada. Eventualmente EL INSTITUTO podrá convenir con LA RED PRESTACIONAL la inclusión de nuevos servicios médicos y/o sociales, previa acreditación de los prestadores y de su propuesta de gestión del servicio ofrecido.

### **II. MARCO NORMATIVO**

El presente contrato se celebra en el marco y son parte integrante las siguientes disposiciones en el orden que se indica: Ley N° 19.032 y sus modificatorias, Resoluciones N° 140/04, 694/04 y Resolución N° ....., de EL

INSTITUTO y sus Anexos; y las cláusulas del presente contrato, que LA RED PRESTACIONAL declara conocer y aceptar; no resultando de aplicación ninguna otra normativa cuyas disposiciones se opongan a las citadas.

### **III. REGLAS GENERALES**

#### **III.1 Vigencia del Contrato**

El presente contrato tendrá una vigencia de dos (2) años contados a partir de las 00:00 hs. del día .. ... de ..... de ....., con prórroga automática por un (1) año a opción de EL INSTITUTO, salvo notificación fehaciente en sentido contrario con sesenta (60) días de antelación. Finalizado el plazo de vigencia del contrato, LA RED PRESTACIONAL y los EFECTORES individuales deberán continuar prestando los servicios hasta tanto se les notifique fehacientemente los nuevos Prestadores/Efectores que designe EL INSTITUTO para brindar dichas prestaciones.

#### **III.2. Contrato. Prohibición de Ceder**

LA RED PRESTACIONAL no podrá subcontratar, ceder, ni transferir, total o parcialmente los derechos y obligaciones emergentes del contrato, sin el consentimiento expreso de EL INSTITUTO.

#### **III.3. Impuestos.**

En caso que el presente contrato tribute impuesto de sellos, su pago estará a cargo exclusivo de LA RED PRESTACIONAL, en la proporción que a ella le corresponda, habida cuenta de encontrarse EL INSTITUTO exento del pago de dicho tributo, en virtud del Art. 39 de la Ley 23661 y Art. 13 de la Ley 19032. En caso que LA RED PRESTACIONAL goce de alguna exención impositiva deberá adjuntar la constancia vigente que así lo acredite.

#### **III.4. Naturaleza**

La prestación de los servicios asistenciales por parte de LA RED PRESTACIONAL en el lapso durante el cual esté obligado por el presente contrato, se considerará servicio de asistencia social de interés público

conforme el art. 33 de la Ley 23.661 y Art. 2° de la Ley 25615. Por tal circunstancia finalizado el plazo de vigencia del contrato, LA RED PRESTACIONAL deberá continuar prestando los servicios asistenciales hasta tanto se le notifique fehacientemente el nuevo PRESTADOR que designe EL INSTITUTO para brindar dichas prestaciones.

### **III.5. Rescisión sin expresión de causa**

EL INSTITUTO podrá rescindir el presente contrato sin expresión de causa, notificándolo en forma fehaciente con una antelación no inferior a treinta (30) días corridos, sin que ello otorgue a la otra parte derecho a reclamar indemnización o resarcimiento alguno. Sin perjuicio de ello, LA RED PRESTACIONAL deberá continuar prestando los servicios hasta tanto sea notificada fehacientemente de los nuevos Prestadores/Efectores que designe EL INSTITUTO para brindar dichas prestaciones.

## **IV.- OBLIGACIONES DE LA RED PRESTACIONAL**

### **IV.1. Seguros de Responsabilidad Civil y Mala Praxis**

Dentro de los ocho (8) días corridos computables desde la firma del presente contrato, LA RED PRESTACIONAL deberá acreditar, a través de la presentación de las pólizas y recibos de pago correspondiente, la contratación de seguros de responsabilidad civil contractual y extracontractual y de mala praxis, derivados de la ejecución de las obligaciones materia del presente contrato, por todo el plazo de vigencia del mismo.

Los seguros contratados deberán contemplar la responsabilidad de la totalidad de los efectores integrantes y adherentes de LA RED PRESTACIONAL. Las pólizas que se presenten quedarán en custodia de EL INSTITUTO, siendo obligatoria la presentación periódica por parte de LA RED PRESTACIONAL de los comprobantes de pago que avalen la vigencia de todas las coberturas. EL INSTITUTO se reserva el derecho de verificar la solvencia de la Compañía Aseguradora y solicitar su reemplazo en caso de considerarlo necesario.

La falta de presentación de la documentación respectiva dentro del plazo indicado en el primer párrafo, habilita a EL INSTITUTO a rescindir el presente

contrato de pleno derecho, sin que el ejercicio de dicha facultad otorgue posibilidad de indemnización o resarcimiento alguno.

#### **IV.2. Garantía de cumplimiento del Contrato**

LA RED PRESTACIONAL DE I NIVEL deberá dentro de los ocho (8) días de suscripto el presente contrato acompañar una garantía de cumplimiento de contrato equivalente al diez por ciento (10%) del valor que surja de multiplicar el valor unitario de la cápita mensual por la cantidad de beneficiarios asignados, por cada uno de sus integrantes. LA RED PRESTACIONAL DE II y III NIVEL deberá constituir una garantía de cumplimiento de contrato equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato.

Las garantías antes aludidas deberán ser constituidas en alguna de las siguientes formas:

- A. Depósito en efectivo en la cuenta corriente que a tal efecto indique EL INSTITUTO. Dicho depósito se acreditará mediante la presentación de la boleta de depósito pertinente.
- B. Seguro de Caución, acompañando la póliza respectiva aprobadas por la Superintendencia de Seguros de la Nación, extendida a favor de EL INSTITUTO y recibo de cancelación de la prima.
- C. Títulos de la deuda pública nacional.
- D. Aval bancario.

Esta garantía deberá tener validez durante toda la vigencia del contrato y sus prórrogas. El INSTITUTO se reserva la facultad de solicitar su adecuación en función de las variaciones en el cupo asignado a LA RED PRESTACIONAL. Una vez finalizado el contrato, esta garantía deberá mantenerse vigente hasta los dos (2) años siguientes y garantizará el fiel cumplimiento de la máxima capacidad prestacional que en cualquier momento de la vigencia del contrato hubiera sido contratada por EL INSTITUTO, sin perjuicio de la acción que por los daños causados e intereses correspondiera.

La falta de presentación de las garantías mencionadas facultará al Instituto a retener el monto correspondiente del primer pago a efectuar al prestador, quedando dicha suma en depósito afectada a la garantía de cumplimiento de contrato. Asimismo, también en caso de incumplimiento, quedará facultado el

Instituto a rescindir en forma inmediata el presente contrato, sin que otorgue derecho a resarcimiento o indemnización alguna.

#### **IV.3. Indemnidad**

LA RED PRESTACIONAL deberá mantener indemne a EL INSTITUTO frente a cualquier reclamo judicial o extrajudicial que pudieren realizar sus EFECTORES y/o cualquier tercero, por causas derivadas del cumplimiento y/o incumplimiento de las obligaciones del contrato, o de las normas del presente Reglamento.

LA RED PRESTACIONAL deberá hacer constar en forma expresa en toda contratación que celebre y/o que celebren sus EFECTORES para el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas, que EL INSTITUTO no será responsable en ningún caso ante terceros, ni intervendrá en discrepancia alguna, reclamo o juicio, que pudiere producirse entre terceros y LA RED PRESTACIONAL y/o sus EFECTORES, renunciando en forma expresa a cualquier acción judicial o reclamo extrajudicial contra EL INSTITUTO.

#### **IV.4. Cláusula de Exclusividad**

LA RED PRESTACIONAL como presupuesto para la contratación con EL INSTITUTO, no podrá tener suscripto convenio o acordadas cláusulas de exclusividad con terceros que le impidan obligarse libremente, en cuyo caso, EL INSTITUTO podrá rescindir en forma inmediata el presente con expresión de causa, sin que dicha circunstancia genere derecho a reclamo o indemnización alguna.

#### **IV.5. Información Estadística**

LA RED PRESTACIONAL deberá constituir un Centro de Verificación Interna (CVI), a través del cual estará obligada a brindar la información estadística en el formato, soporte documental y/o informático que le requiera EL INSTITUTO. Dicha información deberá ser entregada a EL INSTITUTO con la periodicidad que este determine al efecto.

Ante el incumplimiento de LA RED PRESTACIONAL de remitir a EL INSTITUTO la información relativa a las prestaciones realizadas, bajo las condiciones y modalidades indicadas por EL INSTITUTO, y bajo su control de Auditoría, podrá éste último aplicar las penalidades que surgen del **Anexo .....**

La información estadística proporcionada revestirá el carácter de declaración jurada, debiendo ser suscripta por el /los integrante/s del CVI y el representante legal de LA RED PRESTACIONAL, en dos (2) copias con el soporte documental y/o informático que EL INSTITUTO determine.

#### **IV.6. Historia Clínica**

Los efectores integrantes de LA RED PRESTACIONAL llevarán obligatoriamente una Historia Clínica por cada BENEFICIARIO, la que deberá estar en forma permanente a disposición de EL INSTITUTO y ser presentada de manera inmediata a cada requerimiento de éste, en el soporte documental y/o informático que EL INSTITUTO determine.

En la Historia Clínica deberá constar la identidad del paciente, motivo de la consulta, diagnóstico, tratamiento indicado, convocatoria a nuevas consultas, exámenes y prácticas médicas indicadas, y cualquier otro dato que permita el seguimiento y debido control de las prestaciones otorgadas, programadas para futuro y/o indicadas al BENEFICIARIO. En todos los casos deberá consignarse la firma y sello del médico actuante.

La Historia Clínica deberá estar disponible para todos los niveles y efectores de LA RED PRESTACIONAL. Un resumen de la misma deberá facilitarse al efector elegido en el caso en que el BENEFICIARIO oportunamente ejerza una opción de cambio.

La omisión de consignar los requisitos correspondientes o de demorar o no entregar la historia clínica a requerimiento de EL INSTITUTO, traerá aparejada la aplicación de las penalidades indicadas en el **ANEXO.....** del REGLAMENTO DEL REGISTRO DE REDES PRESTACIONALES .

#### **IV.7. Capacidad Prestacional**

Queda expresamente establecido que LA RED PRESTACIONAL no podrá disminuir la capacidad prestacional que le fue acreditada o el alcance geográfico para el cual ofreció sus servicios.

Cuando LA RED PRESTACIONAL de I Nivel excepcionalmente no pudiere brindar los servicios, garantizará la prestación, designando el/los profesional/es reemplazante/s con una antelación no inferior a treinta (30) días corridos, salvo causas sobrevinientes o excepcionales debidamente justificadas a criterio de EL INSTITUTO. Los honorarios del profesional reemplazante serán pagados por el titular del presente contrato. LA RED PRESTACIONAL de II o III Nivel deberá igualmente garantizar la prestación, previendo la oportuna derivación a su costo y riesgo cuando por razones excepcionales no pudiere brindar por sí los servicios que le fueron contratados. Caso contrario deberá emitir el respectivo rechazo conformado, a efectos EL INSTITUTO emita la correspondiente Orden de Prestación con débito a la cápita de origen, conforme el procedimiento estipulado en el **Anexo.....**

En el supuesto de redes verticales, entendida como aquella que está compuesta por más de un nivel de atención, LA RED PRESTACIONAL deberá garantizar la integralidad de la prestación en forma referenciada a los niveles complementarios correspondientes.

## **V. PRECIO**

La RED PRESTACIONAL percibirá en concepto de cápita la suma equivalente a la resultante de multiplicar el monto de la cápita mensual fijada en Pesos ..... (\$.....) establecida por EL INSTITUTO por la cantidad de BENEFICIARIOS asignados, por todos los conceptos incluidos en el programa prestacional del **Anexo.....** del REGLAMENTO DEL REGISTRO DE REDES PRESTACIONALES aprobado por Resolución N° ..... de EL INSTITUTO. El padrón se actualizará de acuerdo a las altas y bajas en forma mensual.

EL INSTITUTO se reserva la facultad de la reasignación de las cápitras asignadas y contratadas, en función de la necesidad prestacional local, conforme las definiciones que se adopten para esta jurisdicción y/o tomando en consideración la vigencia de la acreditación provisoria o los mecanismos de opción o elección de la RED PRESTACIONAL o efector que efectúe el Beneficiario, en caso que así se establezca, según EL INSTITUTO lo considere conveniente. En estos supuestos, EL INSTITUTO deberá notificar a la RED

PRESTACIONAL con una antelación no inferior a treinta (30) días corridos, con excepción de los casos de pérdida de vigencia de la acreditación provisoria, en los que la rescisión será inmediata. Circunstancia que es aceptada de plena conformidad por LA RED PRESTACIONAL, sin que ello genere a esta derecho a reclamar indemnización por daños, perjuicios y/o lucro cesante.

Se establece expresamente que LA RED PRESTACIONAL contratada ni sus efectores, sean integrantes o adherentes, podrán percibir, bajo ningún concepto ni denominación (coseguros, plus, aranceles diferenciales, etc.) ningún pago directo por parte de los BENEFICIARIOS ni de persona alguna por los servicios contratados. Deberán colocar en lugar visible al público un cartel o leyenda que informe que por los servicios prestados a los BENEFICIARIOS, éstos no deberán abonar suma alguna.

## **VI. FORMA Y LIQUIDACIÓN DE PAGO.**

### **VI.1. Facturación**

LA RED PRESTACIONAL y/o sus EFECTORES para poder iniciar el proceso de facturación deberán estar inscriptos en el Registro de Prestadores de EL INSTITUTO, sin excepciones.

LA RED PRESTACIONAL presentará la facturación por mes adelantado, dentro de los primeros cinco (5) días del mes al de las prestaciones facturadas, acompañando la información atinente a la distribución del valor de la cápita mensual, por nivel de atención, elaborada por el CVI, conforme **Anexo** ..... (Distribución de Fondos) correspondiente al mes inmediato anterior al de la facturación.

LA RED PRESTACIONAL facturará a EL INSTITUTO el monto correspondiente a la cápita global mensual que resulte de multiplicar el valor de la cápita individual mensual por el total de BENEFICIARIOS asignado, sujeto a las altas y bajas que se produzcan y publicadas en la página de Internet de EL INSTITUTO. No se recibirán facturas con un importe distinto al publicado, sin excepción. En caso de discrepancia LA RED PRESTACIONAL deberá proceder conforme lo estipulado en al **Anexo**..... A tales efectos EL INSTITUTO actualizará el padrón de BENEFICIARIOS asignados a LA RED PRESTACIONAL en forma mensual.

Una vez presentada la factura, EL INSTITUTO procederá a su liquidación practicando los débitos y créditos correspondientes.

## **VI.2. Pago**

EL INSTITUTO realizará el pago de las facturas presentadas en término dentro de los 30 días hábiles del vencimiento de la fecha de presentación de la factura, mediante cheque o transferencia bancaria directa a cada efector en el Banco de la Nación Argentina, o conforme se determine en función de la realidad de cada jurisdicción, con retención como máximo del porcentaje del 3,5% reconocido a LA RED PRESTACIONAL en concepto de gastos de administración, suma esta que será transferida directamente a esta última, modalidad que resulta plenamente aceptada por la cocontratante. En casos de REDES PRESTACIONALES de naturaleza pública o con efectores públicos EL INSTITUTO abonará la contraprestación dineraria pertinente de acuerdo al sistema que les permita la legislación vigente en su jurisdicción, preservando en todos los casos la debida retribución.

LA RED PRESTACIONAL y sus efectores renuncian expresamente a invocar el plazo de impugnación de la factura previsto en el Artículo 474 del Código de Comercio.

LA RED PRESTACIONAL presta plena conformidad a que los débitos y las multas solo serán soportadas por las personas físicas o jurídicas involucradas en los hechos que las generaron, no pudiendo en caso alguno LA RED PRESTACIONAL aplicar criterio de solidaridad.

## **VI.3.- Procedimiento**

Queda expresamente establecido que LA RED PRESTACIONAL deberá adecuar su accionar, en cuanto a la forma de facturación y liquidación de pago, a lo estipulado en el Punto VI del presente contrato y especificaciones contenidas en el **Anexo.....**

## **VII. DE LOS BENEFICIARIOS DE EL INSTITUTO**

### **VII.1. Opción de cambio de los PRESTADORES y de LA RED PRESTACIONAL.**

Queda establecido que si el BENEFICIARIO hiciera uso de la opción que le acuerde EL INSTITUTO a fin de cambiar la RED PRESTACIONAL y/o alguno de sus efectores, conforme se establece en el REGLAMENTO DEL REGISTRO DE REDES PRESTACIONALES, estos no tendrán derecho a reclamo o resarcimiento alguno por tal circunstancia. Sin perjuicio de los plazos dispuestos, EL INSTITUTO podrá producir el cambio de la RED PRESTACIONAL o el efector a solicitud del BENEFICIARIO, cuando considere que se han constatado causas suficientes que ameriten el cambio.

### **VII.2. Requisitos para acceder a los servicios. Calidad de BENEFICIARIO.**

La RED PRESTACIONAL deberá constatar la calidad de BENEFICIARIO de EL INSTITUTO mediante la presentación de documento de identidad y de alguna de las tres (3) últimas OPP (Orden de Pago Previsional) o CPP (Comprobante de Pago Previsional) o carnet o credencial correspondiente.

En el supuesto de mayores de setenta (70) años, los BENEFICIARIOS del Convenio Argentino Italiano y cualquier otro BENEFICIARIO que fuese incorporado al INSTITUTO, acreditarán su condición de BENEFICIARIOS mediante el carnet o credencial correspondiente y el documento de identidad.

Las personas cuya jubilación o pensión se encuentren en trámite ante la ANSES. acreditarán su condición de BENEFICIARIOS con la constancia o credencial de afiliación provisoria y el documento de identidad.

Los PRESTADORES deberán colocar en lugar visible al público un cartel o leyenda que informe que por los servicios prestados a los BENEFICIARIOS, éstos no deberán abonar suma alguna.

### **VII.3. Beneficiarios en Tránsito**

Los BENEFICIARIOS que se encuentren en tránsito en un ámbito geográfico nacional diverso al de su domicilio y requieran atención médico asistencial por razones de urgencia o casos específicamente autorizados por EL INSTITUTO, serán asistidos por LA RED PRESTACIONAL del lugar en que se encuentren con cargo a EL INSTITUTO. Los montos de las prestaciones otorgadas en tales condiciones serán abonados a LA RED PRESTACIONAL a valores Nomenclador SAMI y/o el que determine EL INSTITUTO en su oportunidad. Como consecuencia de ello, el monto que se liquide por esas prestaciones le

será debitado al Prestador en el cual el BENEFICIARIO se encontrase capitado, de conformidad al procedimiento establecido en la Resolución N° 032/01 de EL INSTITUTO o a la norma que oportunamente se dicte en su reemplazo. Para tener derecho a la percepción por el servicio prestado, la RED PRESTACIONAL que brinde servicios a EL BENEFICIARIO en tránsito deberá notificar fehacientemente al Prestador de origen y a EL INSTITUTO dentro de las 48 horas de iniciada la atención, debiendo facilitar la realización de auditorías tanto a EL INSTITUTO, como al Prestador en el que el BENEFICIARIO se encontrase capitado. El mismo régimen será de aplicación para los BENEFICIARIOS en tratamiento al momento de iniciarse la nueva contratación.

## **VIII. REGIMEN DE AUDITORÍAS – SANCIONES – DEBITOS INCENTIVOS**

### **VIII.1. Auditorías.**

#### **A) Auditoría y Supervisión Médica.**

El INSTITUTO se reserva el derecho de auditar, evaluar y supervisar todas las obligaciones asumidas por la RED PRESTACIONAL (EFECTORES INTEGRANTES O ADHERENTES) por el presente contrato, en especial con relación a la calidad de la atención, accesibilidad económica y temporal, proceso-resultado, como las vinculadas con la estructura física, equipamiento y tecnología. A tal fin, LA RED PRESTACIONAL deberá garantizar el libre acceso de los profesionales y auditores de EL INSTITUTO, o de cualquier otro profesional que éste designe, tanto a sus propias dependencias como a las de sus efectores.

#### **B) Confección del Acta.**

Toda auditoría deberá instrumentarse en un acta pormenorizada en la cual se deberá dejar constancia del objeto de la misma, y detalle de las irregularidades que pudieren detectarse, debiendo ser suscripta obligatoriamente por el responsable del efector sujeto a la auditoría o el personal que se encuentre a cargo del consultorio o del establecimiento y el personal de EL INSTITUTO.

Si de la auditoría realizada por EL INSTITUTO se determina la falsedad de la declaración contenida en la Guía de Acreditación, EL INSTITUTO quedará

facultado a rescindir el contrato con causa con pérdida de la Garantía de Cumplimiento de Contrato.

### **VIII.2. Sanciones**

EL incumplimiento contractual total o parcial, así como las violaciones al REGLAMENTO DEL REGISTRO DE REDES PRESTACIONALES en que incurra la RED PRESTACIONAL y/o por cualquiera de sus efectores, dará lugar a la aplicación, por parte de EL INSTITUTO, de las penalidades contempladas en el **Anexo .....**

### **VIII.3. Débitos**

No obstante la aplicación de las sanciones previstas en la cláusula precedente y sin perjuicio de lo dispuesto en la cláusula IV.7 última parte, en caso de falta total o parcial de la prestación de los servicios por parte de LA RED PRESTACIONAL, EL INSTITUTO podrá obtener la debida prestación del servicio de que se trate por parte de un tercero con cargo a LA RED PRESTACIONAL. Dicho cargo será debitado de la suma correspondiente pendiente a facturas pendientes de pago o a presentarse en el futuro. Del mismo modo corresponderán los débitos por ajustes de facturación conforme la prestación efectivamente realizada de acuerdo a lo establecido en el **Anexo.....**

### **VIII.4 Incentivos**

EL INSTITUTO se reserva la facultad de diagramar un sistema de incentivos, en caso de que así lo considere, conforme la realidad prestacional de la zona y grado de cumplimiento de las cláusulas del presente contrato.

## **IX. MODIFICACIÓN DE LA COMPOSICIÓN DE LA RED PRESTACIONAL**

Las altas y bajas de los efectores, sean integrantes o adherentes, de una RED PRESTACIONAL, deberán adecuarse a las normativas y plazos estatuidos en el Art. 5º inc. e) y f) del REGLAMENTO DEL REGISTRO DE REDES

PRESTACIONALES, debiendo en todos los casos garantizarse la atención de los BENEFICIARIOS.

## **X. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

### **X.1. Instancia extrajudicial**

Todas las controversias que se susciten entre EL INSTITUTO y LA RED PRESTACIONAL derivadas de la interpretación, aplicación y/o ejecución del presente Contrato, serán sometidas a una Comisión de Solución de Controversias que estará integrada por cinco (5) miembros: tres (3) designados por EL INSTITUTO y dos (2) por la RED PRESTACIONAL. Sus decisiones, que se adoptarán por simple mayoría de todos sus miembros, deberán ser aprobadas por la máxima autoridad de EL INSTITUTO y el Representante Legal de LA RED PRESTACIONAL.

La Comisión de Solución de Controversias, tendrá un plazo de quince (15) días hábiles para pronunciarse. En caso contrario perderá su competencia debiendo resolverse la cuestión por los carriles ordinarios.

### **X.2. Instancia Judicial**

Serán competentes los Tribunales Federales que correspondan en razón de la materia, con asiento en la Ciudad ..... en las controversias que pudieren suscitarse con motivo de la ejecución del presente contrato, renunciando las partes a cualquier otra jurisdicción o fuero que pudiere corresponder.

## **XI. NOTIFICACIONES**

A todos los efectos que se pudiesen derivar del presente contrato, las partes constituyen los domicilios consignados en el encabezamiento, donde resultarán válidas todas las notificaciones que se cursen, hasta tanto se denuncie fehacientemente un nuevo domicilio.

En prueba de conformidad, se firman tres (3) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la Ciudad ....., a los ..... días del mes de ..... de .....

## ANEXO

### INCUMPLIMIENTOS CONTRACTUALES Y PENALIDADES NIVEL I DE ATENCIÓN

Las penalidades establecidas en el presente Anexo se aplicarán de acuerdo a la entidad de los incumplimientos verificados y conforme a la siguiente escala progresiva y el orden de prelación, aunque sin que ello implique exclusión de cualquiera de las restantes.

A los fines de la interpretación del presente Anexo de Incumplimientos Contractuales y Penalidades se deberá tener en cuenta el tipo de prestación asistencial comprometida por el Prestador Individual.

#### CAPÍTULO I.- CLASES DE PENALIDADES

1. APERCIBIMIENTO.
2. MULTA.
3. RESCISIÓN CONTRACTUAL.

##### 1.- APERCIBIMIENTO.-

Serán considerados incumplimientos contractuales y por lo tanto pasibles de apercibimiento todas las irregularidades o desvíos prestacionales de carácter similar a los que a continuación se detallan:

- 1.1 Demora en el otorgamiento de turno de atención, que no supere los TRES (3) casos acreditados respecto de un mismo prestador individual.
- 1.2 El rechazo de atención del beneficiario que demande alguno de los servicios comprometidos por parte de cualesquiera de los prestadores individuales; y/o la omisión de derivación oportuna por parte del facultativo para la realización de prácticas médicas y/o diagnósticas, incluidas las kinesiológicas; y/o la omisión injustificada en la derivación a especialistas de otros niveles de complejidad; y/o la omisión injustificada de derivación para internación; y/o la realización de las consultas y/o prácticas sin ajustarse a las reglas del arte de curar; y/o la omisión de solicitud de traslados programados y/o de emergencias y/o la omisión de la solicitud para la provisión de prótesis y/u ortésis, de

acuerdo a la normativa vigente y a exclusivo criterio del INSTITUTO, siempre que no superare los TRES (3) casos acreditados respecto de un mismo Prestador Individual.

- 1.3 El incumplimiento al horario y/o modalidad y/o cronograma de atención comprometido y/o en el sistema y/o proceso administrativo de otorgamiento de turnos por parte del prestador, que no superare los TRES (3) casos acreditados respecto de un mismo Prestador Individual.

## 2.- MULTAS.-

### 2.A FALTAS LEVES

Serán considerados incumplimientos contractuales y por lo tanto pasibles de multa en concepto de Falta Leve, todas las irregularidades o los desvíos prestacionales de carácter similar a los que a continuación se detallan:

- 2.A.1 Demora en el otorgamiento de turno de atención que no superare los DIEZ (10) casos acreditados respecto de un mismo prestador individual.  
Por el presente incumplimiento se aplicará una multa de PESOS CIENTO CINCUENTA (\$ 150.-).-
- 2.A.2 El rechazo de atención del beneficiario que demande algunos de los servicios comprometidos por parte de cualesquiera de los prestadores individuales; y/o la omisión de derivación oportuna por parte del facultativo para la realización de prácticas médicas y/o diagnósticas, incluidas las kinesiológicas; y/o la omisión injustificada en la derivación a especialistas de otros niveles de complejidad; y/o la omisión injustificada de derivación para internación; y/o la realización de las consultas y/o prácticas sin ajustarse a las reglas del arte de curar; y/o la omisión de solicitud de traslados programados y/o de emergencias y/o la omisión de la solicitud para la provisión de prótesis y/u órtesis, de acuerdo a la normativa vigente y a exclusivo criterio del INSTITUTO, siempre que no superaren los DIEZ (10) casos acreditados respecto de un mismo Prestador Individual.  
Por dichos incumplimientos se aplicará una multa de entre PESOS DOSCIENTOS (\$ 200.-) y PESOS CUATROCIENTOS (\$ 400.-)

- 2.A.3 El incumplimiento al horario y/o modalidad y/o cronograma de atención comprometido y/o en el sistema y/o proceso administrativo de otorgamiento de turnos, siempre que no superaren los DIEZ (10) casos acreditados respecto de un mismo Prestador Individual.  
Por dichos incumplimientos se aplicará una multa de PESOS CIENTO CINCUENTA (\$ 150.-)
- 2.A.4 El rechazo injustificado y/o la omisión en brindar el servicio de visita médica domiciliaria y/o institucional programada conforme los plazos y modos previstos contractualmente, que no superare los DIEZ (10) casos acreditados respecto de un mismo Prestador Individual.  
Por dichos incumplimientos se aplicará una multa de entre PESOS DOSCIENTOS (\$ 200.-) y PESOS CUATROCIENTOS (\$ 400.-)
- 2.A.5 La omisión de exhibir la leyenda: Sr. Afiliado/a: La atención que brinda el I.N.S.S.JyP a través del P.A.M.I. es gratuita. Ud. no debe abonar suma alguna.  
Por el presente incumplimiento se aplicara una multa de PESOS UN MIL (\$ 1.000.-).

## 2.B FALTAS GRAVES

Serán considerados incumplimientos contractuales y por lo tanto posibles de multa en concepto de Falta Grave, todas las irregularidades o los desvíos prestacionales de carácter similar a los que a continuación se detallan:

- 2.B.1 Demora en el otorgamiento de turno de atención que superare los DIEZ (10) casos acreditados respecto de un mismo Prestador Individual.  
Por el presente incumplimiento se aplicará una multa de PESOS TRESCIENTOS (\$ 300.-).-
- 2.B.2 El rechazo de atención del beneficiario que demande el servicio comprometido por parte de cualesquiera de los prestadores individuales; y/o la omisión de derivación oportuna por parte del facultativo para la realización de prácticas médicas y/o diagnósticas, incluidas las kinesiológicas; y/o la omisión injustificada en

la derivación a especialistas de otros niveles de complejidad; y/o la omisión injustificada de derivación para internación; y/o la realización de las consultas y/o prácticas sin ajustarse a las reglas del arte de curar; y/o la omisión de solicitud de traslados programados y/o de emergencias y/o la omisión de la solicitud para la provisión de prótesis y/u ortésis, de acuerdo a la normativa vigente y a exclusivo criterio del INSTITUTO, que superare los DIEZ (10) casos acreditados respecto de un mismo Prestador Individual.

Por dichos incumplimientos se aplicará una multa de entre PESOS CUATROCIENTOS (\$ 400.-) y PESOS SEISCIENTOS (\$ 600.-)

2.B.3 El incumplimiento al horario y/o modalidad y/o cronograma de atención comprometido y/o en el sistema y/o proceso administrativo de otorgamiento de turnos, que superare los DIEZ (10) casos acreditados respecto de un mismo Prestador Individual.

Por dichos incumplimientos se aplicará una multa de PESOS TRESCIENTOS (\$ 300.-).

2.B.4 El rechazo injustificado o la omisión en brindar el servicio de visita médica domiciliaria y/o institucional programada conforme los plazos y modos previstos contractualmente, que superare los DIEZ (10) casos acreditados respecto de un mismo Prestador Individual.

Por dichos incumplimientos se aplicará una multa de entre PESOS CUATROCIENTOS (\$ 400.-) y PESOS SEISCIENTOS (\$ 600.-).

2.B.5 La prescripción de medicamentos, en violación a las Leyes Nacionales vigentes y/o sus normas complementarias y/o modificatorias, y/o en violación a las normas previstas por este INSTITUTO.

Por los presentes incumplimientos se aplicará una multa de PESOS TRESCIENTOS (\$ 300.-), por cada prescripción médica acreditada.-

Idéntico temperamento se aplicará en el supuesto de que EL INSTITUTO constatare y entendiera a su exclusivo criterio que las prescripciones de medicamentos no resultan acordes con la patología que presentare el beneficiario destinatario de las mismas.

2.B.6 La omisión de llevar una Historia Clínica única por afiliado, habilitada de acuerdo a las pautas contractuales previstas y/o a las normas Nacionales y/o Provinciales y/o Municipales correspondientes, y/o la falta de asientos y/o la Historia Clínica confeccionada de manera defectuosa, incompleta y/o irregular y/o

ilegible, a exclusivo criterio del INSTITUTO, así como la no presentación de la Historia Clínica a requerimiento fehaciente del INSTITUTO y/o la presentación de la misma –por parte del Prestador Individual- realizada de forma incompleta o fuera del plazo fijado.

Por dichos incumplimientos se aplicará una multa de entre PESOS UN MIL ( \$ 1.000.-).

2.B.7 Cualquier requerimiento de pago de sumas de dinero, o cualquier otro beneficio, como condición para acceder a las prestaciones. Igual sanción se aplicará en el caso de que no habiendo sido efectivizado por cualquier motivo, el requerimiento quedarse en grado de tentativa.

Se admitirá todo medio de prueba para acreditar los citados incumplimientos.

Por dicho incumplimiento se aplicará una multa equivalente a DIEZ (10) VECES el valor requerido por el Prestador Individual, aunque el requerimiento quedase en grado de tentativa.

A la multa mencionada, se le adicionará de manera discriminada, la suma fija de PESOS CIEN (\$100.-) en concepto de Gastos Operativos, no reintegrables bajo ningún concepto ni circunstancia.

2.B.8 No facilitar y/u obstaculizar y/o impedir y/o dificultar la realización de auditorias y/o supervisiones y/o inspecciones y/o cualquier especie de control que EL INSTITUTO en general y en particular se encuentre facultado a realizar al Prestador Individual.

Por dichos incumplimientos, se aplicará una multa equivalente a PESOS UN MIL (\$1.000.-).

2.B.9 Cualquier especie de maltrato, propinado por el Prestador Individual y/o sus dependientes y/o colaboradores, en perjuicio de los beneficiarios y/o sus familiares.

Por dichos incumplimientos, se aplicará una multa de PESOS MIL (\$ 1.000.-)

2.B.10 El incumplimiento en tiempo y forma en el envío de cualquier especie de información estadísticas y/o en la comunicación o denuncia de irregularidades y/o novedades y/o información especial y/o general, que se hubiere comprometido a brindar el prestador individual.

En el supuesto de que el cumplimiento en el envío de la información estadística fuera parcial o defectuoso, EL INSTITUTO entenderá directamente que el Prestador Individual ha incumplido con las responsabilidades a su cargo, haciéndose merecedor de las sanciones previstas.

Idéntico temperamento se aplicará en el supuesto en que EL INSTITUTO determinase el falseamiento de datos y/o información producidos por el Prestador Individual.

Por los presentes incumplimientos se aplicará una multa de entre PESOS UN MIL (\$ 1.000).-

2.B.11 La inobservancia de las normas de salud, salubridad e higiene vigentes, en los lugares de prestación de los servicios.

Por el presente incumplimiento se aplicará una multa de entre PESOS DOS MIL (\$ 2.000).-

2.B.12 El establecimiento por parte del Prestador Individual y/o sus dependientes, en forma expresa o nó, de trámites y/o gestiones y/o cupos y/o requisitos y/o plazos de carencias y/o condicionantes y/o instrumentos limitativos de cualquier tipo, que no hubieran sido contemplados contractualmente, con la finalidad de dilatar y/o evitar la accesibilidad del beneficiario o de contener la demanda de atención. La finalidades o causas invocadas para el establecimiento de tales condicionamientos no deberán ser probadas por EL INSTITUTO, para tener por acreditado el incumplimiento contractual del Prestador Individual.

Por dichos incumplimientos se aplicará una multa de PESOS UN MIL (\$ 1.000).-

2.B.13 La disminución en los recursos físicos, humanos, de equipamiento y/o en cantidad y/o grado de idoneidad del personal del Prestador Individual y/o en la calidad de la prestación, y que implique discordancia con lo asentado en la Guía de Acreditación y/o con la capacidad prestacional que fuera presentada con la oferta y/o la imposibilidad a exclusivo criterio del INSTITUTO de brindar adecuada prestación a los beneficiarios, conforme los estándares pretendidos, sin perjuicio de las demás acciones previstas en el Reglamento y Contrato correspondiente.

Considérase discordancia toda disminución en los recursos físicos y/o humanos, y/o de equipamiento, en cantidad y/o en grado de idoneidad.

Por los presentes incumplimientos se aplicará una multa de entre PESOS CINCO MIL ( \$ 5.000.-).

## 2.C. REINCIDENCIAS

- 2.C.1 En el supuesto de reincidencias sucesivas en lo especificado en el punto 2.B.5, la multa a aplicar ascenderá a PESOS SEISCIENTOS (\$ 600.-).-
- 2.C.2 En el supuesto de reincidencias sucesivas en lo especificado en el punto 2.B.6.; 2.B.8; 2.B.9; 2.B.10 y 2.B.12, la multa a aplicar ascenderá a PESOS DOS MIL (\$ 2.000.-).-
- 2.C.3 En el supuesto de reincidencias sucesivas en lo especificado en el punto 2.B.7, se aplicará una multa equivalente a VEINTE (20) VECES el valor requerido por el Prestador Individual, aunque el requerimiento quedase en grado de tentativa.  
A la multa mencionada, se le adicionará de manera discriminada, la suma fija de PESOS CIEN (\$100.-) en concepto de Gastos Operativos, no reintegrables bajo ningún concepto ni circunstancia.
- 2.C.4 En el supuesto de reincidencias sucesivas en lo especificado en el punto 2.B.13, la multa a aplicar ascenderá a PESOS DIEZ MIL (\$ 10.000.-).-
- 2.C.5 En el supuesto de reincidencias sucesivas en lo especificado en el punto 2.B.11, la multa a aplicar ascenderá a PESOS CUATRO MIL (\$ 4.000.-).-

## 3. RESCISION DEL CONTRATO

El INSTITUTO queda facultado para disponer la rescisión del contrato, y la aplicación de las penalidades que específicamente hubieran sido previstas, cuando:

- a. El Prestador Individual reincida en la conducta descrita en el punto 2.C. REINCIDENCIAS del presente Anexo.
- b. Se detecte una falsedad en los datos incluidos en la Guía de Acreditación agregada con la oferta.
- c. El Prestador Individual suspenda la prestación de los servicios contratados, de manera parcial o total, por cualquier circunstancia, sin perjuicio del débito correspondiente.

- d. El Prestador Individual cedere total o parcialmente el contrato sin autorización expresa del INSTITUTO.
- e. El Prestador Individual, que a exclusivo criterio del INSTITUTO no cumpliera con la prescripción de medicamentos por principio activo y de acuerdo a las normas vigentes.
- f. No cumpliera con las acciones de prevención y promoción de la salud, de acuerdo a programas establecidos por la autoridad sanitaria jurisdiccional, o en el marco de programas propios del INSTITUTO.
- g. Cuando se suspendan por más de DIEZ (10) días, ya sean continuos o alternados, el cumplimiento de las obligaciones de las partes, por razones de caso fortuito o fuerza mayor invocadas por el Prestador Individual, EL INSTITUTO podrá rescindir el contrato.
- h. El Prestador Individual, con su accionar, a exclusivo criterio del Instituto, hubiera puesto en grave riesgo la vida y/o la integridad física del beneficiario.
- i. En todos los casos, la rescisión traerá aparejada la extinción del vínculo contractual, sin perjuicio de las retenciones y/o débitos y/o sanciones contractuales que pudieren corresponder y/o de las indemnizaciones por daños y perjuicios a que hubiera lugar, de acuerdo a la legislación de fondo aplicable.  
La rescisión no otorgará derecho alguno a reclamar indemnización por daños, perjuicios y /o lucro cesante.  
Sin perjuicio de lo expuesto, el Prestador Individual, que se hallase con contrato extinguido, deberá continuar prestando los servicios, en igual forma que si estuviera vigente el contrato manteniendo la misma capacidad y calidad prestacional con la que oportunamente se hubiera comprometido a cumplir, hasta tanto se haga cargo el nuevo prestador que designe EL INSTITUTO, rigiendo el presente Anexo de INCUMPLIMIENTOS CONTRACTUALES Y PENALIDADES, hasta que ello ocurra.  
La rescisión en todos los casos implicará la pérdida de la Garantía de Cumplimiento de Contrato prevista en el contrato correspondiente.  
Sin perjuicio de ello, el crédito que pudiese existir a favor del Prestador Individual, quedará en poder del INSTITUTO, hasta tanto se produzca la liquidación de todos los débitos por multas y/o gastos, para responder a todos los perjuicios que la rescisión importe al INSTITUTO o que la deficiente prestación de los servicios en este período pudieran traer aparejados.

Queda entendido que si EL INSTITUTO, se viese obligado a efectuar desembolsos superiores al precio estipulado en el contrato, el Prestador Individual cocontratado deberá abonar éstos en caso de que el crédito a su favor no bastare, así como cualquier saldo que faltare cubrir por los perjuicios o excesos descritos en el párrafo anterior.

## **CAPITULO II. RELATIVIDAD DE LA ENUMERACION DE LOS INCUMPLIMIENTOS.**

La enumeración de los supuestos para los cuales se prevén aplicar las penalidades detalladas en los apartados anteriores no reviste carácter taxativo. El INSTITUTO queda facultado a verificar cualquier otro incumplimiento que, sin encontrarse expresamente mencionado, por su entidad y gravedad amerite aplicar cualquiera de las sanciones establecidas.

En atención a ello, cualquier otro incumplimiento podrá por, analogía, ser asimilado a los supuestos previstos en los Títulos 1 y 2 del presente Anexo.

## **CAPÍTULO III. DEL MODO DE APLICACIÓN DE LAS SANCIONES**

- a. El INSTITUTO está facultado para aplicar, en forma acumulativa, las sanciones previstas en el presente Anexo.
- b. Las multas y/o apercibimientos, serán de aplicación por cada caso acreditado y por cada hecho distinto determinado con relación aun mismo Prestador Individual, salvo estipulación en contrario.
- c. En los supuestos en que el tipo de sanción a aplicar esté supeditada a la acreditación de una determinada cantidad de casos, la suma de los mismos no está condicionada a que se produzca en plazo alguno.
- d. Cuando la multa a aplicar estuviera determinada por mínimos y máximos, el cuántum de la sanción se establecerá en función de la gravedad de los hechos acreditados, a exclusivo criterio del Instituto.
- e. Las sanciones de apercibimiento y/o multa y/o rescisión contractual, se aplicarán directamente al Prestador Individual.
- f. El monto al que asciendan las multas aplicadas al Prestador Individual, será descontado/debitado automáticamente de la cápita men-

sual a percibir por aquel, o de cualquier otro crédito que eventualmente se encuentre pendiente de pago a su favor.

- g. La aplicación de las sanciones y/o eventuales cargos en cualquiera de sus formas no liberará al Prestador Individual de la responsabilidad por daños y perjuicios.

#### **CAPITULO IV. DE PROCEDIMIENTO Y FORMA**

##### **1. PROCEDIMIENTO PARA LA TRAMITACIÓN DE LOS INCUMPLIMIENTOS CONTRACTUALES**

La investigación y la eventual aplicación de las sanciones derivadas de incumplimientos contractuales del Prestador Individual, tramitarán de acuerdo a los procedimientos internos establecidos por EL INSTITUTO, los que serán oportunamente notificados al Prestador Individual y a los cuales este acepta someterse.

##### **2. MEDIOS DE CONSTATACIÓN DE LAS IRREGULARIDADES PRESTACIONALES.**

El INSTITUTO, constatará las irregularidades prestacionales a través de los siguientes canales de información.

- a. Las quejas, reclamos o denuncias ingresadas en el servicio de atención telefónica PAMI ESCUCHA realizadas en forma directa por los beneficiarios y/o por sus familiares, o terceros en general, debidamente conformadas de acuerdo a las normas internas de este servicio.
- b. Las quejas o denuncias ingresadas en forma directa por el beneficiario y/o sus familiares y/o Centros de Jubilados y/o Federaciones en las sedes de las UGL's / Agencias / Corresponsalías / Centros Coordinadores.
- c. Los informes de auditorías y/o supervisiones y/o evaluaciones, programadas y/o a demanda, realizadas por las UGL's correspondientes.
- d. Los informes de auditorías y/o supervisiones y/o evaluaciones programadas y/o a demandas, realizadas por la Unidad de Auditoría Prestacional, de Nivel Central.
- e. Los informes emitidos por las distintas áreas técnico – médicas que integran la Gerencia de Prestaciones Médicas.

### 3. MEDIOS DE PRUEBA FEHACIENTES Y AUTOSUFICIENTES

Los siguientes informes y/o documentos y/o instrumentos serán considerados por El INSTITUTO como prueba fehaciente de los datos que ellos contengan:

- a. Los informes de auditoría y/ o supervisión y/o evaluación así como las encuestas de satisfacción realizadas a beneficiarios y/o sus familiares, producidos a demanda y/o de manera programada por el área técnica de auditoría de Nivel Central o por el área técnica de auditoría / supervisión establecidas en las Unidades de Gestión Local.
- b. Las órdenes de prestación emitidas por El INSTITUTO a efectos de procurar la atención de los beneficiarios por parte de terceros, por incumplimiento o irregularidades cometidas por el Prestador Individual obligado.
- c. Los informes emitidos por las áreas técnico – médicas de la Gerencia de Prestaciones Médicas.
- d. Los registros de la Subgerencia de Relaciones Institucionales y con los Beneficiarios y del servicio PAMI ESCUCHA, elaborados conforme las respectivas normas internas previstas a tal efecto., serán considerados por EL INSTITUTO como prueba fehaciente de los datos que ellos contengan.
- e. Los registros estadísticos emitidos por el área técnica Pami Coordinadora, dependiente de la Gerencia de Coordinación de UGL's.
- f. Los informes de antecedentes de sanciones aplicadas emitidos por la Gerencia de Asuntos Jurídicos y/o por las Asesorías Jurídicas de cada UGL.

Los informes y/o documentos consignados en el punto a) y/o b) del presente Título 3, serán considerados por EL INSTITUTO como medios de prueba autosuficientes a los fines de tener por acreditada la irregularidad o desvío prestacional y en consecuencia el incumplimiento contractual del Prestador Individual involucrado.

## ANEXO

### INCUMPLIMIENTOS CONTRACTUALES Y PENALIDADES NIVEL II Y III DE ATENCIÓN

Las penalidades establecidas en el presente Anexo se aplicarán de acuerdo a la entidad de los incumplimientos verificados y conforme a la siguiente escala progresiva y el orden de prelación, aunque sin que ello implique exclusión de cualquiera de las restantes.

A los fines de la interpretación del presente Anexo de Incumplimientos Contractuales y Penalidades se deberá tener en cuenta el tipo de prestación asistencial comprometida por el Prestador Individual.

#### CAPÍTULO I.- CLASES DE PENALIDADES

- 1- APERCIBIMIENTO.
- 2- MULTA.
- 3- RESCISIÓN CONTRACTUAL.

##### 1.- APERCIBIMIENTO.-

Serán considerados incumplimientos contractuales y por lo tanto pasibles de apercibimiento todas las irregularidades o desvíos prestacionales de carácter similar a los que a continuación se detallan:

- 1.1 Demora en el otorgamiento de turno de atención, que no superare los TRES (3) casos acreditados respecto de un mismo prestador individual.
- 1.2 El rechazo de atención del beneficiario que demande alguno de los servicios comprometido por parte de cualesquiera de los prestadores individuales a exclusivo criterio del INSTITUTO, siempre que no superare los TRES (3) casos acreditados respecto de un mismo Prestador Individual.
- 1.3 El incumplimiento al horario y/o modalidad y/o cronograma de atención comprometido y/o en el sistema y/o proceso administrativo de otorgamiento de turnos por parte del prestador, que no superare los TRES (3) casos acreditados respecto de un mismo Prestador Individual.

## 2.- MULTAS.-

### 2.A FALTAS LEVES

Serán considerados incumplimientos contractuales y por lo tanto pasibles de multa en concepto de Falta Leve, todas las irregularidades o los desvíos prestacionales de carácter similar a los que a continuación se detallan:

2.A.1 Demora en el otorgamiento de turno de atención que no superare los DIEZ (10) casos acreditados respecto de un mismo prestador individual.

Por el presente incumplimiento se aplicará una multa de PESOS TRESCIENTOS (\$ 300.-).-

2.A.2 El rechazo de atención del beneficiario que demande algunos de los servicios comprometidos por parte de cualesquiera de los prestadores individuales a exclusivo criterio del INSTITUTO, siempre que no superaren los DIEZ (10) casos acreditados respecto de un mismo prestador.

Por dichos incumplimientos se aplicará una multa de entre PESOS CUATROCIENTOS (\$ 400.-) y PESOS SEISCIENTOS (\$ 600.-)

2.A.3 El incumplimiento al horario y/o modalidad y/o cronograma de atención comprometido y/o en el sistema y/o proceso administrativo de otorgamiento de turnos, siempre que no superaren los DIEZ (10) casos acreditados respecto de un mismo Prestador Individual.

Por dichos incumplimientos se aplicará una multa de PESOS TRESCIENTOS (\$ 300.-)

2.A.4 La omisión de exhibir la leyenda: Sr. Afiliado/a: La atención que brinda el I.N.S.S.JyP a través del P.A.M.I. es gratuita. Ud. no debe abonar suma alguna.

Por el presente incumplimiento se aplicara una multa de PESOS UN MIL (\$ 1.000.-).

### 2.B FALTAS GRAVES

Serán considerados incumplimientos contractuales y por lo tanto pasibles de multa en concepto de Falta Grave, todas las irregularidades o los desvíos prestacionales de carácter similar a los que a continuación se detallan:

2.B.1 Demora en el otorgamiento de turno de atención que superare los DIEZ (10) casos acreditados respecto de un mismo Prestador Individual.  
Por el presente incumplimiento se aplicará una multa de PESOS SEISCIENTOS (\$ 600.-).

2.B.2 El rechazo de atención del beneficiario que demande algunos de los servicios comprometidos por parte de cualesquiera de los prestadores individuales; a exclusivo criterio del INSTITUTO, siempre que superare los DIEZ (10) casos acreditados respecto de un mismo prestador.  
Por dichos incumplimientos se aplicará una multa de entre PESOS SEISCIENTOS (\$ 600.-) y PESOS OCHOCIENTOS (\$ 800.-)

2.B.3 El incumplimiento al horario y/o modalidad y/o cronograma de atención comprometido y/o en el sistema y/o proceso administrativo de otorgamiento de turnos, que superare los DIEZ (10) casos acreditados respecto de un mismo Prestador Individual.  
Por dichos incumplimientos se aplicará una multa de PESOS SEISCIENTOS (\$ 600.-).

2.B.4 La prescripción de medicamentos, en violación a las Leyes Nacionales vigentes y/o sus normas complementarias y/o modificatorias, y/o en violación a las normas previstas por este INSTITUTO.

Por los presentes incumplimientos se aplicará una multa de PESOS TRESCIENTOS (\$ 300.-), por cada prescripción médica acreditada.-

Idéntico temperamento se aplicará en el supuesto de que EL INSTITUTO constatare y entendiera a su exclusivo criterio que las prescripciones de medicamentos no resultan acordes con la patología que presentare el beneficiario destinatario de las mismas.

2.B.5 La omisión de llevar una Historia Clínica única por afiliado, habilitada de acuerdo a las pautas contractuales previstas y/o a las normas Nacionales y/o Provinciales y/o Municipales correspondientes, y/o la falta de asientos y/o la Historia Clínica confeccionada de manera defectuosa, incompleta y/o irregular y/o ilegible, a exclusivo criterio del INSTITUTO, así como la no presentación de la Historia Clínica a requerimiento fehaciente del INSTITUTO y/o la presentación de la misma –por parte del Prestador Individual -

realizada de forma incompleta o fuera del plazo fijado por parte del INSTITUTO.

Por dichos incumplimientos se aplicará una multa de PESOS DIEZ MIL ( \$ 10.000.-).

- 2.B.6 Cualquier requerimiento de pago de sumas de dinero, o cualquier otro beneficio, como condición para acceder a las prestaciones. Igual sanción se aplicará en el caso de que no habiendo sido efectivizado por cualquier motivo, el requerimiento quedare en grado de tentativa.

Se admitirá todo medio de prueba para acreditar los citados incumplimientos.

Por dicho incumplimiento se aplicará una multa equivalente a DIEZ (10) VECES el valor requerido por el Prestador Individual, aunque el requerimiento quedase en grado de tentativa.

A la multa mencionada, se le adicionará de manera discriminada, la suma fija de PESOS CIEN (\$100.-) en concepto de Gastos Operativos, no reintegrables bajo ningún concepto ni circunstancia.

- 2.B.7 No facilitar y/u obstaculizar y/o impedir y/o dificultar la realización de auditorias y/o supervisiones y/o inspecciones y/o cualquier especie de control que EL INSTITUTO en general y en particular se encuentre facultado a realizar al Prestador Individual.

Por dichos incumplimientos, se aplicará una multa equivalente a PESOS DIEZ MIL ( \$ 10.000.-).-

- 2.B.8 Cualquier especie de maltrato, propinado por el Prestador Individual y/o sus dependientes y/o colaboradores, en perjuicio de los beneficiarios y/o sus familiares.

Por dichos incumplimientos, se aplicará una multa de PESOS MIL ( \$ 1.000.-)

- 2.B.9 El incumplimiento en tiempo y forma en el envío de cualquier especie de información estadísticas y/o en la comunicación o denuncia de irregularidades y/o novedades y/o información especial y/o general, que se hubiere comprometido a brindar el prestador individual.

En el supuesto de que el cumplimiento en el envío de la información estadística fuera parcial o defectuoso, EL INSTITUTO entenderá directamente que el Prestador Individual a incumplido con las responsabilidades a su cargo, haciéndose merecedor de las sanciones previstas.

Idéntico temperamento se aplicará en el supuesto en que EL INSTITUTO determinase el falseamiento de datos y/o información producidos por el Prestador Individual.

Por los presentes incumplimientos se aplicará una multa de entre PESOS DIEZ MIL (\$ 10.000).-

2.B.10 La inobservancia de las normas de salud, salubridad e higiene vigentes, en los lugares de prestación de los servicios.

Por el presente incumplimiento se aplicará una multa de entre PESOS DIEZ MIL (\$ 10.000).-

2.B.11 El establecimiento por parte del Prestador Individual y/o sus dependientes, en forma expresa o no, de trámites y/o gestiones y/o cupos y/o requisitos y/o plazos de carencias y/o condicionantes y/o instrumentos limitativos de cualquier tipo, que no hubieran sido contemplados contractualmente, con la finalidad de dilatar y/o evitar la accesibilidad del beneficiario o de contener la demanda de atención. La finalidades o causas invocadas para el establecimiento de tales condicionamientos no deberán ser probadas por EL INSTITUTO, para tener por acreditado el incumplimiento contractual del Prestador Individual.

Por dichos incumplimientos se aplicará una multa de PESOS UN MIL (\$ 1.000).-

2.B.12 La disminución en los recursos físicos, humanos, de equipamiento y/o en cantidad y/o grado de idoneidad del personal del Prestador Individual y/o en la calidad de la prestación, y que implique discordancia con lo asentado en la Guía de Acreditación y/o con la capacidad prestacional que fuera presentada con la oferta y/o la imposibilidad a exclusivo criterio del INSTITUTO de brindar adecuada prestación a los beneficiarios, conforme los estándares pretendidos, sin perjuicio de las demás acciones previstas en el Reglamento y Contrato correspondiente.

Considérase discordancia toda disminución en los recursos físicos y/o humanos, y/o de equipamiento, en cantidad y/o en grado de idoneidad.

Por los presentes incumplimientos se aplicará una multa de entre PESOS DIEZ MIL (\$ 10.000.-).

2.B.13 Rechazos y/u omisiones en la realización del servicio programado o no programado de cualquier traslado sanitario y/o su realización en tiempo inoportuno y/o su realización de manera inadecuada y/o prestado con unidades móviles inapropiadas.

Por dichos incumplimientos se aplicará una multa de PESOS DOS MIL QUINIENTOS (\$ 2.500)

2.B.14 En los servicios de internación y/o ambulatorio, en el supuesto de no realizarse los estudios necesarios para arribar a un diagnóstico de certeza y/o la omisión de derivación oportuna para la realización de prácticas médicas indicadas y/o de no disponerse la atención por especialista y/o la interconsulta que la patología del paciente exija, y/o las interconsultas y/o prácticas médicas y/o las prestaciones de enfermería sean realizados o dispuestos en tiempo inoportuno y/o sin ajustarse a las reglas del arte de curar, a exclusivo criterio del INSTITUTO.

Por dichos incumplimientos se aplicará una multa de entre PESOS CINCO MIL (\$ 5.000) y PESOS DIEZ MIL ( \$ 10.000.-).

2.B.15 La omisión y/o el retardo y/o el rechazo de la solicitud para la provisión de prótesis y/u ortesis y/o el implante de prótesis y/u órtesis que no posean las características técnicas aceptadas por el INSTITUTO.

Por dichos incumplimientos se aplicará una multa de entre PESOS CINCO MIL (\$ 5.000) y PESOS DIEZ MIL ( \$ 10.000.-).

2.B.16 El alta prematura de algún paciente que demande su reinternación por la misma patología en un plazo no superior a SETENTA Y DOS HORAS (72 hs) de haberse otorgado el alta. El INSTITUTO, a su exclusivo criterio determinará la existencia o no de alta prematura.

Por dicho incumplimiento se aplicará una multa de PESOS DIEZ MIL (\$ 10.000).

2.B.17 Los óbitos de beneficiarios que, a exclusivo criterio del INSTITUTO, se deriven causal o concausalmente del actuar del Prestador Individual, sin perjuicio de las acciones penales que pudieran corresponder.

Por dichos incumplimientos se aplicará una multa de entre PESOS VEINTE MIL (\$ 20.000.-) y PESOS TREINTA MIL ( \$ 30.000.-),

## 2.C. REINCIDENCIAS

2.C.1 En el supuesto de reincidencias sucesivas en lo especificado en el punto 2.B.4, la multa a aplicar ascenderá a PESOS SEISCIENTOS (\$ 600.-).

2.C.2 En el supuesto de reincidencias sucesivas en lo especificado en el punto 2.B.6, se aplicará una multa equivalente a VEINTE (20) VECES el valor requerido por el Prestador Individual, aunque el requerimiento quedase en grado de tentativa.

A la multa mencionada, se le adicionará de manera discriminada, la suma fija de PESOS CIEN (\$100.-) en concepto de Gastos Operativos, no reintegrables bajo ningún concepto ni circunstancia.

- 2.C.3 En el supuesto de reincidencias sucesivas en lo especificado en el punto ; 2.B.5, 2.B.7, 2.B.9, 2.B.10; 2.B.12 y 2.B.16 la multa a aplicar ascenderá a PESOS VEINTE MIL (\$ 20.000.-).-
- 2.C.4 En el supuesto de reincidencias sucesivas en lo especificado en el punto 2.B.8 y 2.B.11, la multa a aplicar ascenderá a PESOS DOS MIL (\$ 2.000.-).-
- 2.C.5 En el supuesto de reincidencias sucesivas en lo especificado en el punto 2.B.13, la multa a aplicar ascenderá a PESOS CINCO MIL (\$ 5.000.-).-
- 2.C.6 En el supuesto de reincidencias sucesivas en lo especificado en el punto 2.B.14 y 2.B.15, la multa a aplicar ascenderá a PESOS QUINCE MIL (\$ 15.000.-).-
- 2.C.7 En el supuesto de reincidencias sucesivas en lo especificado en el punto 2.B.17, la multa a aplicar ascenderá a PESOS CUARENTA MIL (\$ 40.000.-).-

### 3. RESCISION DEL CONTRATO

El INSTITUTO queda facultado para disponer la rescisión del contrato, y la aplicación de las penalidades que específicamente hubieran sido previstas, cuando:

- a. El Prestador Individual reincida en la conducta descrita en el punto 2.C. - REINCIDENCIAS - del presente Anexo.
- b. Se detecte una falsedad en los datos incluidos en la Guía de Acreditación agregada con la oferta.
- c. El Prestador Individual suspenda la prestación de los servicios contratados, de manera parcial o total, por cualquier circunstancia, sin perjuicio del débito correspondiente.

- d. El Prestador Individual cedere total o parcialmente el contrato sin autorización expresa del INSTITUTO.
- e. El Prestador Individual, - a exclusivo criterio del INSTITUTO no cumpliere con la prescripción de medicamentos por principio activo y de acuerdo a las normas vigentes.
- f. No cumpliere con las acciones de prevención y promoción de la salud, de acuerdo a programas establecidos por la autoridad sanitaria jurisdiccional, o en el marco de programas propios del INSTITUTO.
- g. Cuando se suspendan por más de DIEZ (10) días, ya sean continuos o alternados, el cumplimiento de las obligaciones de las partes, por razones de caso fortuito o fuerza mayor invocadas por el Prestador Individual, EL INSTITUTO podrá rescindir el contrato.
- h. El Prestador Individual, a exclusivo criterio del Instituto, con su accionar hubiera puesto en grave riesgo la vida y/o la integridad física del beneficiario.
- i. En todos los casos, la rescisión traerá aparejada la extinción del vínculo contractual, sin perjuicio de las retenciones y/o débitos y/o sanciones contractuales que pudieren corresponder y/o de las indemnizaciones por daños y perjuicios a que hubiera lugar, de acuerdo a la legislación de fondo aplicable.

La rescisión no otorgará derecho alguno a reclamar indemnización por daños, perjuicios y /o lucro cesante.

Sin perjuicio de lo expuesto, El Prestador Individual, que se hallase con contrato extinguido, deberá continuar prestando los servicios, en igual forma que si estuviera vigente el contrato manteniendo la misma capacidad y calidad prestacional con la que oportunamente se hubiera comprometido a cumplir, hasta tanto se haga cargo el nuevo prestador que designe EL INSTITUTO, rigiendo el presente Anexo de INCUMPLIMIENTOS CONTRACTUALES Y PENALIDADES hasta que ello ocurra.

La rescisión en todos los casos implicará la pérdida de la Garantía de Cumplimiento de Contrato prevista en el contrato correspondiente.

Sin perjuicio de ello, el crédito que pudiese existir a favor del Prestador Individual, quedará en poder del INSTITUTO, hasta tanto se produzca la liquidación de todos los débitos por multas y/o gastos, para responder a todos los perjuicios que la rescisión importe al

INSTITUTO o que la deficiente prestación de los servicios en este período pudieran traer aparejados.

Queda entendido que si EL INSTITUTO, se viese obligado a efectuar desembolsos superiores al precio estipulado en el contrato, el Prestador Individual cocontratado deberá abonar éstos en caso de que el crédito a su favor no bastare, así como cualquier saldo que faltare cubrir por los perjuicios o excesos descritos en el párrafo anterior.

## **CAPITULO II. RELATIVIDAD DE LA ENUMERACION DE LOS INCUMPLIMIENTOS.**

La enumeración de los supuestos para los cuales se prevén aplicar las penalidades detalladas en los apartados anteriores no reviste carácter taxativo. El INSTITUTO queda facultado a verificar cualquier otro incumplimiento que, sin encontrarse expresamente mencionado, por su entidad y gravedad amerite aplicar cualquiera de las sanciones establecidas.

En atención a ello, cualquier otro incumplimiento podrá por, analogía, ser asimilado a los supuestos previstos en los Títulos 1 y 2 del presente Anexo.

## **CAPÍTULO III. DEL MODO DE APLICACIÓN DE LAS SANCIONES**

- a. El INSTITUTO está facultado para aplicar, en forma acumulativa, las sanciones previstas en el presente Anexo.
- b. Las multas y/o apercibimientos, serán de aplicación por cada caso acreditado y por cada hecho distinto determinado con relación aun mismo Prestador Individual, salvo estipulación en contrario.
- c. En los supuestos en que el tipo de sanción a aplicar esté supeditada a la acreditación de una determinada cantidad de casos, la suma de los mismos no está condicionada a que se produzca en plazo alguno.
- d. Cuando la multa a aplicar estuviera determinada por mínimos y máximos, el cuántum de la sanción se establecerá en función de la gravedad de los hechos acreditados, a exclusivo criterio del Instituto.
- e. Las sanciones de apercibimiento y/o multa y/o rescisión contractual, se aplicarán directamente al Prestador Individual.
- f. El monto al que asciendan las multas aplicadas al Prestador Individual, será descontado/debitado automáticamente de la cápita mensual a percibir por aquel, o de cualquier otro crédito que eventualmente se encuentre pendiente de pago a su favor.

- g. La aplicación de las sanciones y/o eventuales cargos en cualquiera de sus formas no liberará al Prestador Individual de la responsabilidad por daños y perjuicios.

#### **CAPITULO IV. DE PROCEDIMIENTO Y FORMA**

##### **1. PROCEDIMIENTO PARA LA TRAMITACIÓN DE LOS INCUMPLIMIENTOS CONTRACTUALES**

La investigación y la eventual aplicación de las sanciones derivadas de incumplimientos contractuales del Prestador Individual, tramitarán de acuerdo a los procedimientos internos establecidos por EL INSTITUTO, los que serán oportunamente notificados al Prestador Individual y a los cuales este acepta someterse.

##### **2. MEDIOS DE CONSTATACIÓN DE LAS IRREGULARIDADES PRESTACIONALES.**

El INSTITUTO, constatará las irregularidades prestacionales a través de los siguientes canales de información.

- a. Las quejas, reclamos o denuncias ingresadas en el servicio de atención telefónica PAMI ESCUCHA realizadas en forma directa por los beneficiarios y/o por sus familiares, o terceros en general, debidamente conformadas de acuerdo a las normas internas de este servicio.
- b. Las quejas o denuncias ingresadas en forma directa por el beneficiario y/o sus familiares y/o Centros de Jubilados y/o Federaciones en las sedes de las UGL's / Agencias / Corresponsalías / Centros Coordinadores.
- c. Los informes de auditorías y/o supervisiones y/o evaluaciones, programadas y/o a demanda, realizadas por las UGL's correspondientes.
- d. Los informes de auditorías y/o supervisiones y/o evaluaciones programadas y/o a demandas, realizadas por la Unidad de Auditoría Prestacional, de Nivel Central.
- e. Los informes emitidos por las distintas áreas técnico – médicas que integran la Gerencia de Prestaciones Médicas.

### 3. MEDIOS DE PRUEBA FEHACIENTES Y AUTOSUFICIENTES

Los siguientes informes y/o documentos y/o instrumentos serán considerados por El INSTITUTO como prueba fehaciente de los datos que ellos contengan:

- a. Los informes de auditoría y/ o supervisión y/o evaluación así como las encuestas de satisfacción realizadas a beneficiarios y/o sus familiares, producidos a demanda y/o de manera programada por el área técnica de auditoría de Nivel Central o por el área técnica de auditoría / supervisión establecidas en las Unidades de Gestión Local.
- b. Las órdenes de prestación emitidas por El INSTITUTO a efectos de procurar la atención de los beneficiarios por parte de terceros, por incumplimiento o irregularidades cometidas por el Prestador Individual obligado.
- c. Los informes emitidos por las áreas técnico – médicas de la Gerencia de Prestaciones Médicas.
- d. Los registros de la Subgerencia de Relaciones Institucionales y con los Beneficiarios y del servicio PAMI ESCUCHA, elaborados conforme las respectivas normas internas previstas a tal efecto., serán considerados por EL INSTITUTO como prueba fehaciente de los datos que ellos contengan.
- e. Los registros estadísticos emitidos por el área técnica Pami Coordina, dependiente de la Gerencia de Coordinación de UGL´s.
- f. Los informes de antecedentes de sanciones aplicadas emitidos por la Gerencia de Asuntos Jurídicos y/o por las Asesorías Jurídicas de cada UGL´s.

Los informes y/o documentos consignados en el punto a) y/o b) del presente Título 3, serán considerados por EL INSTITUTO como medios de prueba autosuficientes a los fines de tener por acreditada la irregularidad o desvío prestacional y en consecuencia el incumplimiento contractual del Prestador Individual involucrado.

## **ANEXO**

### **INCUMPLIMIENTOS CONTRACTUALES Y PENALIDADES REDES**

Las penalidades establecidas en el presente Anexo se aplicarán de acuerdo a la entidad de los incumplimientos verificados y conforme a la siguiente escala progresiva y el orden de prelación, aunque sin que ello implique exclusión de cualquiera de las restantes.

A los fines de la interpretación del presente Anexo de Incumplimientos Contractuales y Penalidades se deberá tener en cuenta el tipo de prestación asistencial comprometida por la Red Prestacional a través de su efector.

#### **CAPÍTULO I.- CLASES DE PENALIDADES**

- 1.APERCIBIMIENTO
- 2.MULTA
- 3.SUSPENSIÓN DE EFECTORES
- 4.EXCLUSIÓN DE EFECTORES
- 5.RESCISIÓN CONTRACTUAL

##### **1.- APERCIBIMIENTO.-**

Serán considerados incumplimientos contractuales y por lo tanto pasibles de apercibimiento todas las irregularidades o desvíos prestacionales de carácter similar a los que a continuación se detallan:

- 1.1 Demora en el otorgamiento de turno de atención, que no superare los TRES (3) casos acreditados respecto de un mismo efector de la RED PRESTACIONAL.

1.2 El rechazo de atención del beneficiario que demande cualesquiera de los servicios comprometidos por parte de los efectores de la RED PRESTACIONAL; y/o la omisión de derivación oportuna para la realización de prácticas médicas y/o diagnósticas, incluidas las kinesiológicas; y/o la omisión injustificada en la derivación a especialistas de otros niveles de complejidad;

y/o la omisión injustificada de derivación para internación; y/o la realización de las consultas y/o prácticas médicas y/o diagnósticas sin ajustarse a las reglas del arte de curar; y/o la omisión en la solicitud de traslados programados y/o de emergencia y/o la omisión de la solicitud para la provisión de prótesis y/u ortésis, de acuerdo a la normativa vigente y a exclusivo criterio del INSTITUTO, siempre que no superaren los TRES (3) casos acreditados respecto de un mismo efector.

- 1.3 El incumplimiento al horario y/o modalidad y/o cronograma de atención comprometido y/o en el sistema y/o proceso administrativo de otorgamiento de turnos por parte de cualesquiera de los efectores que integrasen la RED PRESTACIONAL, que no superaren los TRES (3) casos acreditados respecto de un mismo efector.

## 2.- MULTAS.-

### 2.A FALTAS LEVES

Serán considerados incumplimientos contractuales y por lo tanto pasibles de multa en concepto de Falta Leve, todas las irregularidades o los desvíos prestacionales de carácter similar a los que a continuación se detallan:

- 2.A.1. Demora en el otorgamiento de turno de atención, que no superare los DIEZ (10) casos acreditados respecto de un mismo efector de la RED PRESTACIONAL.

Por el incumplimiento del I Nivel se aplicará una multa de PESOS CIENTO CINCUENTA (\$ 150.-).-

Por el incumplimiento de los NIVELES II y III de atención, se aplicará una multa de PESOS TRESCIENTOS (\$ 300.-).-

- 2.A.2. El rechazo de atención del beneficiario que demande cualesquiera de los servicios comprometidos por parte de los efectores de la RED PRESTACIONAL; y/o la omisión de derivación oportuna para la realización de prácticas médicas y/o diagnósticas, incluidas las kinesiológicas; y/o la omisión injustificada en la derivación a

especialistas de otros niveles de complejidad; y/o la omisión injustificada de derivación para internación; y/o la realización de las consultas y/o prácticas médicas y/o diagnósticas sin ajustarse a las reglas del arte de curar; y/o la omisión en la gestión y/o solicitud de traslados programados y/o de emergencia, y/o la omisión de la solicitud para la provisión de prótesis y/u ortésis, de acuerdo a la normativa vigente y a exclusivo criterio del INSTITUTO, siempre que no superaren los DIEZ (10) casos acreditados respecto de un mismo efector.

Por los incumplimientos del I NIVEL de atención, se aplicará una multa de entre PESOS DOSCIENTOS (\$ 200.-) y PESOS CUATROCIENTOS (\$ 400.-)

Por los incumplimientos de los NIVELES II y III de atención, se aplicará una multa de entre PESOS CUATROCIENTOS (\$ 400.-) y PESOS SEISCIENTOS (\$ 600.-)

- 2.A.3 El incumplimiento al horario y/o modalidad y/o cronograma de atención comprometido y/o en el sistema y/o proceso administrativo de otorgamiento de turnos por parte de los efectores de la RED PRESTACIONAL, siempre que no superaren los DIEZ (10) casos acreditados respecto de un mismo efector.

Por los incumplimientos del I NIVEL de atención, se aplicará una multa de PESOS CIENTO CINCUENTA (\$ 150.-)

Por los incumplimientos de los efectores de los NIVELES II y III de atención, se aplicará una multa de PESOS TRESCIENTOS (\$ 300.-)

- 2.A.4 El rechazo injustificado por parte del MÉDICO DE I NIVEL o la omisión en brindar el servicio de visita médica domiciliaria y/o institucional programada conforme los plazos y modos previstos contractualmente, que no superare los DIEZ (10) casos acreditados respecto de un mismo prestador/efector.

Por dichos incumplimientos se aplicará una multa de entre PESOS DOSCIENTOS (\$ 200.-) y PESOS CUATROCIENTOS (\$ 400.-)

- 2.A.5 La omisión de exhibir la leyenda: Sr. Afiliado/a: Ud. no debe abonar suma alguna por las prestaciones brindadas.

Por el presente incumplimiento, se aplicara una multa de PESOS UN MIL (\$ 1.000.-), por cada efector.

## 2.B FALTAS GRAVES

Serán considerados incumplimientos contractuales y por lo tanto pasibles de multa en concepto de Falta Grave, todas las irregularidades o los desvíos prestacionales de carácter similar a los que a continuación se detallan:

2.B.1 Demora en el otorgamiento de turno de atención que superare los DIEZ (10) casos acreditados respecto de un mismo efector de la RED PRESTACIONAL.

Por el incumplimiento del I Nivel se aplicará una multa de PESOS TRESCIENTOS (\$ 300.-).

Por el incumplimiento de los NIVELES II y III de atención, se aplicará una multa de PESOS SEISCIENTOS (\$ 600.-).

2.A.2. El rechazo de atención del beneficiario que demande cualesquiera de los servicios comprometidos por parte de los efectores de la RED PRESTACIONAL; y/o la omisión de derivación oportuna para la realización de prácticas médicas y/o diagnósticas, incluidas las kinesiológicas; y/o la omisión injustificada en la derivación a especialistas de otros niveles de complejidad; y/o la omisión injustificada de derivación para internación; y/o la realización de las consultas y/o prácticas médicas y/o diagnósticas sin ajustarse a las reglas del arte de curar; y/o la omisión en la gestión y/o solicitud de traslados programados y/o de emergencia, y/o la omisión de la solicitud para la provisión de prótesis y/u ortésis, de acuerdo a la normativa vigente y a exclusivo criterio del INSTITUTO, siempre que superare los DIEZ (10) casos acreditados respecto de un mismo efector.

Por los incumplimientos del I NIVEL de atención, se aplicará una multa de entre PESOS CUATROCIENTOS (\$ 400.-) y PESOS SEISCIENTOS (\$ 600.-)

Por los incumplimientos de los NIVELES II y III de atención, se aplicará una multa de entre PESOS SEISCIENTOS (\$ 600.-) y PESOS OCHOCIENTOS (\$ 800.-)

2.B.3 El incumplimiento al horario y/o modalidad y/o cronograma de atención comprometido y/o en el sistema y/o proceso administrativo de otorgamiento de turnos, que superare los DIEZ (10) casos acreditados respecto de un mismo efector.

Por los incumplimientos del I NIVEL de atención, se aplicará una multa de PESOS TRESCIENTOS (\$ 300.-)

Por los incumplimientos de los NIVELES II y III de atención, se aplicará una multa de PESOS SEISCIENTOS (\$ 600.-)

2.B.4 La prescripción de medicamentos, en violación a las Leyes Nacionales vigentes y/o sus normas complementarias y/o modificatorias, y/o en violación a las normas previstas por este INSTITUTO.

Por los presentes incumplimientos se aplicará una multa de PESOS TRESCIENTOS (\$ 300.-), por cada prescripción médica acreditada.-

Idéntico temperamento se aplicará en el supuesto de que EL INSTITUTO constatare y entendiera a su exclusivo criterio que las prescripciones de medicamentos no resultan acordes con la patología que presentare el beneficiario destinatario de las mismas.

2.B.5 La omisión de llevar una Historia Clínica única por afiliado, habilitada de acuerdo a las pautas contractuales previstas y/o a las normas Nacionales y/o Provinciales y/o Municipales correspondientes, y/o la falta de asientos y/o la Historia Clínica confeccionada de manera defectuosa, incompleta y/o irregular y/o ilegible, a exclusivo criterio del INSTITUTO, así como la no presentación de la Historia Clínica a requerimiento fehaciente del INSTITUTO y/o la presentación de la misma –por parte de la RED PRESTACIONAL y / o el efector involucrado -realizada de forma incompleta o fuera del plazo fijado por parte del INSTITUTO.

Por los incumplimientos del I NIVEL de atención, se aplicará una multa de PESOS UN MIL (\$ 1000.-)

Por los incumplimientos de los NIVELES II y III de atención, se aplicará una multa de PESOS DIEZ MIL (\$ 10.000.-)

2.B.6 Cualquier requerimiento de pago de sumas de dinero, o cualquier otro beneficio, como condición para acceder a las prestaciones. Igual sanción se aplicará en el caso de que no habiendo sido efectivizado por cualquier motivo, el requerimiento quedare en grado de tentativa.

Se admitirá todo medio de prueba para acreditar los citados incumplimientos.

Por dicho incumplimiento se aplicará una multa equivalente a DIEZ (10) VECES el valor requerido por el efector de la RED PRESTACIONAL, aunque el requerimiento quedase en grado de tentativa.

A la multa mencionada, se le adicionará de manera discriminada, la suma fija de PESOS CIEN (\$100.-) en concepto de Gastos

Operativos, no reintegrables bajo ningún concepto ni circunstancia.

2.B.7 No facilitar y/u obstaculizar y/o impedir y/o dificultar la realización de auditorías y/o supervisiones y/o inspecciones y/o cualquier especie de control que EL INSTITUTO en general y en particular se encuentre facultado a realizar a la RED PRESTACIONAL y/o sus efectores.

Por los incumplimientos del I NIVEL de atención, se aplicará una multa de PESOS UN MIL (\$ 1000.-)

Por los incumplimientos de los NIVELES II y III de atención, se aplicará una multa de PESOS DIEZ MIL (\$ 10.000.-)

2.B.8 Cualquier especie de maltrato, propinado por los efectores y /o por la RED PRESTACIONAL y/o sus dependientes y/o colaboradores, en perjuicio de los beneficiarios y/o sus familiares.

Por dichos incumplimientos, se aplicará una multa de PESOS UN MIL (\$ 1.000.-)

2.B.9 El incumplimiento en tiempo y forma en el envío de cualquier especie de información estadísticas y/o en la comunicación o denuncia de irregularidades y/o novedades y/o información especial y/o general, que se hubiere comprometido a brindar la RED PRESTACIONAL.

En el supuesto de que el cumplimiento en el envío de la información estadística fuera parcial o defectuoso, EL INSTITUTO entenderá directamente que la RED PRESTACIONAL ha incumplido con las responsabilidades a su cargo, haciéndose merecedor de las sanciones previstas.

Idéntico temperamento se aplicará en el supuesto en que EL INSTITUTO determinase el falseamiento de datos y/o información producidos por la RED PRESTACIONAL y/o sus efectores.

Por los incumplimientos del I NIVEL de atención, se aplicará una multa de PESOS UN MIL (\$ 1000.-)

Por los incumplimientos de los NIVELES II y III de atención, se aplicará una multa de PESOS DIEZ MIL (\$ 10.000.-)

2.B.10 La inobservancia de las normas de salud, salubridad e higiene vigentes, en los lugares de prestación de los servicios.

Por los incumplimientos del I NIVEL de atención, se aplicará una multa de PESOS DOS MIL (\$ 2000.-)

Por los incumplimientos de los NIVELES II y III de atención, se aplicará una multa de PESOS DIEZ MIL (\$ 10.000.-)

2.B.11 El establecimiento por parte de la RED PRESTACIONAL y/o sus dependientes, en forma expresa o nó, de trámites y/o gestiones y/o cupos y/o requisitos y/o plazos de carencias y/o condicionantes y/o instrumentos limitativos de cualquier tipo, que no hubieran sido contemplados contractualmente, con la finalidad de dilatar y/o evitar la accesibilidad del beneficiario o de contener la demanda de atención. La finalidades o causas invocadas para el establecimiento de tales condicionamientos no deberán ser probadas por EL INSTITUTO, para tener por acreditado el incumplimiento contractual de la RED PRESTACIONAL.  
Por dichos incumplimientos se aplicará una multa de PESOS UN MIL (\$ 1.000).-

2.B.12 La disminución en los recursos físicos, humanos, de equipamiento y/o en cantidad y/o grado de idoneidad del personal de la RED PRESTACIONAL y/o en la calidad de la prestación, y que implique discordancia con lo asentado en la Guía de Acreditación y/o con la capacidad prestacional que fuera presentada con la oferta y/o la imposibilidad a exclusivo criterio del INSTITUTO de brindar adecuada prestación a los beneficiarios, conforme los estándares pretendidos, sin perjuicio de las demás acciones previstas en el Reglamento y Contrato correspondiente.  
Considérase discordancia toda disminución en los recursos físicos y/o humanos, y/o de equipamiento, en cantidad y/o en grado de idoneidad.  
Por los incumplimientos del I NIVEL de atención, se aplicará una multa de PESOS CINCO MIL (\$ 5000.-)  
Por los incumplimientos de los NIVELES II y III de atención, se aplicará una multa de PESOS DIEZ MIL (\$ 10.000.-)

2.B.13 Rechazos y/u omisiones en la realización del servicio programado o no programado de cualquier traslado sanitario y/o su realización en tiempo inoportuno y/o su realización de manera inadecuada y/o prestado con unidades móviles inapropiadas.  
Por dichos incumplimientos se aplicará una multa de PESOS DOS MIL QUINIENTOS (\$ 2.500)

2.B.14 En los servicios de los NIVELES II y III de atención en internación y/o ambulatorio, en el supuesto de no realizarse los estudios necesarios para arribar a un diagnóstico de certeza y/u la omisión de derivación oportuna para la realización de prácticas médicas indicadas y/o de no disponerse la atención por especialista y/o la interconsulta que la patología del paciente exija, y/o las interconsultas y/o prácticas médicas y/o las prestaciones de enfermería sean

realizados o dispuestos en tiempo inoportuno y/o sin ajustarse a las reglas del arte de curar, a exclusivo criterio del INSTITUTO.

Por dichos incumplimientos se aplicará una multa de entre PESOS CINCO MIL (\$ 5.000) y PESOS DIEZ MIL ( \$ 10.000.-).

2.B.15 La omisión por parte de los NIVELES II y III de atención, y/o el retardo y/o el rechazo de la solicitud para la provisión de prótesis y/u ortesis y/o el implante de prótesis y/u órtesis que no posean las características técnicas aceptadas por el INSTITUTO.

Por dichos incumplimientos se aplicará una multa de entre PESOS CINCO MIL (\$ 5.000) y PESOS DIEZ MIL ( \$ 10.000.-).

2.B.16 El alta prematura de algún paciente que demande su reinternación por la misma patología en un plazo no superior a SETENTA Y DOS HORAS (72 hs) de haberse otorgado el alta. El INSTITUTO, a su exclusivo criterio determinará la existencia o no de alta prematura.

Por dicho incumplimiento se aplicará una multa de PESOS DIEZ MIL (\$ 10.000).

2.B.17 Los óbitos de beneficiarios que, a exclusivo criterio del INSTITUTO, se deriven causal o concausalmente del actuar de la RED PRESTACIONAL, sin perjuicio de las acciones penales que pudieran corresponder.

Por dichos incumplimientos se aplicará una multa de entre PESOS VEINTE MIL (\$ 20.000.-) y PESOS TREINTA MIL ( \$ 30.000.-),

**2.B.18 Las modificaciones injustificadas por parte de LA RED/ EL PRESTADOR de la distribución del valor cápita mensual comprometido por rubros y/o niveles prestacionales, detectada por primera vez.**

Por los presentes incumplimientos se aplicará una multa equivalente al DIEZ POR CIENTO (10%), sobre el monto bruto de la última cápita percibida por la RED PRESTACIONAL, aplicable por cada período seguido o alternado de pago en que la presente irregularidad hubiera sido acreditada por el Instituto.

2.B.19 Las distribuciones arbitrarias por parte de la RED PRESTACIONAL de sus fondos entre los efectores que lo integran y/o sus adherentes, sea o nó con fundamento en los débitos que por cualquier concepto, inclusive multas, el INSTITUTO hubiera efectuado, así como el débito/distribución de estas por parte de la RED PRESTACIONAL de forma solidaria -a

prorrata- entre todos los efectores del mismo o distinto nivel de atención, que tengan su origen en el accionar de cualesquiera de sus integrantes y/o adherentes.

Por los presentes incumplimientos se aplicará una multa equivalente al DIEZ POR CIENTO (10%) , sobre el monto bruto de la última cápita percibida por la RED PRESTACIONAL, aplicable por cada período seguido o alternado de pago en que la presente irregularidad hubiera sido acreditada por el Instituto.

2.B.20 El rechazo injustificado o la omisión en brindar el servicio de visita médica domiciliaria y/o institucional programada conforme los plazos y modos previstos contractualmente, que superare los DIEZ (10) casos acreditados respecto de un mismo efector de la RED PRESTACIONAL.

Por dichos incumplimientos se aplicará una multa de entre PESOS CUATROCIENTOS (\$ 400.-) y PESOS SEISCIENTOS (\$ 600.-).-

2.B.21 El desconocimiento y/o la omisión y/o la negativa a la decisión del INSTITUTO de SUSPENDER Y/O EXCLUIR uno o varios efectores de la RED PRESTACIONAL.

Por dichos incumplimientos se aplicará una multa equivalente al CINCO POR CIENTO (5%), sobre el valor de la última cápita percibida por la RED PRESTACIONAL, por cada Efector y a aplicar por todo el período en que el Efector debió ser suspendido conforme la determinación del INSTITUTO, o por cada período mensual en que se acredite que el/los Efectores excluido/s por el INSTITUTO continuasen prestando servicio.

## 2.C. REINCIDENCIAS

2.C.1 En el supuesto de reincidencias sucesivas en lo especificado en el punto 2.B.4, la multa a aplicar ascenderá a PESOS SEISCIENTOS (\$ 600.-).-

2.C.2 En el supuesto de reincidencias sucesivas en lo especificado en el punto 2.B.6, se aplicará una multa equivalente a VEINTE (20) VECES el valor requerido por el efector, aunque el requerimiento quedase en grado de tentativa.

A la multa mencionada, se le adicionará de manera discriminada, la suma fija de PESOS CIEN (\$100.-) en concepto de Gastos

Operativos, no reintegrables bajo ningún concepto ni circunstancia.

2.C.3 En el supuesto de reincidencias sucesivas en lo especificado en el punto ; 2.B.5, 2.B.7, 2.B.9, ; la multa a aplicar ascenderá PESOS DOS MIL (\$ 2.000.-).- para el I NIVEL de atención y PESOS VEINTE MIL (\$ 20.000) para los NIVELES II y III de atención, respectivamente.

2.C.4 En el supuesto de reincidencias sucesivas en lo especificado en el punto; 2.B.10 la multa a aplicar ascenderá a PESOS CUATRO MIL (\$ 4.000.-).- para el I NIVEL de atención y PESOS VEINTE MIL (\$ 20.000) para los NIVELES II y III de atención, respectivamente.

2.C.5 En el supuesto de reincidencias sucesivas en lo especificado en el punto ; 2.B.12 la multa a aplicar ascenderá a PESOS DIEZ MIL (\$ 10.000.-).- para el I NIVEL de atención y PESOS VEINTE MIL (\$ 20.000) para los NIVELES II y III de atención, respectivamente.

2.C.6 En el supuesto de reincidencias sucesivas en lo especificado en el punto ; 2.B.16, la multa a aplicar ascenderá a PESOS VEINTE MIL (\$ 20.000).

**2.C.7 En el supuesto de reincidencias sucesivas en lo especificado en el punto 2.B.8 y 2.B.11, la multa a aplicar ascenderá a PESOS DOS MIL (\$ 2.000.-).-**

**2.C.8 En el supuesto de reincidencias sucesivas en lo especificado en el punto 2.B.13, la multa a aplicar ascenderá a PESOS CINCO MIL (\$ 5.000.-).-**

**2.C.9 En el supuesto de reincidencias sucesivas en lo especificado en el punto 2.B.14 y 2.B.15, la multa a aplicar ascenderá a PESOS QUINCE MIL (\$ 15.000.-).-**

2.C.10 En el supuesto de reincidencias sucesivas en lo especificado en el punto 2.B.17, la multa a aplicar ascenderá a PESOS CUARENTA MIL (\$ 40.000.-).-

2.C.11 En el supuesto de reincidencias sucesivas en lo especificado en el punto 2.B.18 y/o 2.B.19, la multa a aplicar ascenderá al equivalente al QUINCE POR CIENTO (15%) sobre el monto bruto de la última cápita percibida por la RED PRESTACIONAL, aplicable por cada período seguido o alternado de pago en que la presente irregularidad hubiera sido acreditada por el Instituto.

### 3.- SUSPENSION DE LOS EFECTORES

#### 3.1 CONDICIONES GENERALES

3.1.1 El INSTITUTO queda facultado para disponer la suspensión de cualesquiera de los efectores de la RED PRESTACIONAL. Los efectores suspendidos deberán abstenerse de brindar servicios por el período de la suspensión. En este caso la RED PRESTACIONAL deberá garantizar los servicios comprometidos a través de otro de sus efectores, que se encuentren en condiciones técnicas de absorber la cobertura médico-asistencial de los beneficiarios incluidos en el cupo del efector suspendido.

3.1.2 En el supuesto de no ser posible la atención de los beneficiarios del cupo del efector suspendido por otro de la misma RED PRESTACIONAL, ésta deberá reemplazarlo durante el período por el que se haya dispuesto la suspensión por otro, previa conformidad del INSTITUTO.

El pago de los servicios cualquiera sea el efector, seguirán estando a cargo de la RED PRESTACIONAL.

#### 3.2 SUPUESTO DE INCUMPLIMIENTO EN LA EFECTIVIZACIÓN DE LA SUSPENSIÓN

3.2.1 En el supuesto de que la RED PRESTACIONAL, fehacientemente notificado de la SUSPENSIÓN de uno o varios Efectores integrantes y/o adherentes dispuesta por el INSTITUTO, no procediera a efectivizar la medida en el plazo de SETENTA Y DOS HORAS (72 hs.), de comunicada la misma, la RED PRESTACIONAL, se hallará incurso en el supuesto de incumplimiento previsto bajo el TITULO 2B FALTAS GRAVES, Punto 2.B.21, habilitando al INSTITUTO a aplicar directamente el temperamento previsto en el mencionado apartado.

- 3.2.2 Para mantener la debida asistencia médica de sus beneficiarios, EL INSTITUTO, se reserva el derecho de otorgar la cobertura a través de un efector/prestador alternativo, elegido a criterio de EL INSTITUTO, a fin de subsanar los inconvenientes temporales derivados de la suspensión impuesta. El pago de estos servicios será con cargo a la cápita correspondiente al prestador originario, cuyo efector o adherente hubiera sido suspendido

### 3.3 CAUSALES GENERALES DE SUSPENSIÓN

Podrán ser suspendidos por el Instituto, por el término de hasta treinta (30) días corridos, con renovación por períodos similares, los efectores de la RED PRESTACIONAL que hayan incurrido en los incumplimientos y/o supuestos que a continuación se detallan, además de la aplicación de la sanción pecuniaria que corresponda:

- 3.3.1 En el caso de que los Efectores hayan incurrido de manera reincidente o de modo reiterado en los incumplimientos prescriptos en el TITULO 2B FALTAS GRAVES, con excepción del supuesto previsto en el punto 2.B.21, en más de DOS (2) oportunidades, sin perjuicio de la aplicación de la multa prevista en el TITULO 2.C. REINCIDENCIAS, según corresponda.
- 3.3.2 En caso que los efectores no hayan presentado la constancia de inscripción en la Inspección General de Justicia u organismo que corresponda según el ámbito en donde funcionen, dentro del plazo fijado por el INSTITUTO. La suspensión tendrá efecto hasta tanto acompañe dicha documentación.
- 3.3.3 En el supuesto de que opere el vencimiento del término por el cual se inscribió el efector en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud. La suspensión tendrá efecto hasta tanto presente la constancia de renovación de dicha inscripción.
- 3.3.4 Cuando el efector no mantenga en vigencia o no cumpla cualquier otra inscripción y/o habilitación por ante los demás organismos de salud, nacionales, provinciales, municipales, o de la Ciudad de Buenos Aires. La suspensión tendrá efecto hasta tanto satisfaga tales requisitos.-
- 3.3.5 Directamente, cuando a exclusivo criterio del INSTITUTO, se verificase cualquier tipo de falencias en la planta física, hotelería, condiciones hospitalarias, bioseguridad, o de cualquier otra naturaleza, que impidan el normal funcionamiento del efector y la debida cobertura prestacional pero que, por su entidad, sean

subsanales. La suspensión tendrá efecto durante el término que demande la corrección definitiva de dichas falencias.

3.3.6 En caso de comprobarse la falta de contratación de cualquiera de los seguros que exige el Reglamento y/o el Contrato correspondiente, o en caso de caducidad por cualquier causa de los mismos. La suspensión tendrá efecto hasta tanto la RED PRESTACIONAL presente la constancia de renovación del o los seguros caídos.

#### 4.- EXCLUSION DE EFECTORES.-

##### 4.1 CONDICIONES GENERALES

El INSTITUTO podrá disponer la exclusión de uno o más efectores de RED PRESTACIONAL y se reserva el derecho de intimar a ésta/e, a que proceda al inmediato reemplazo del efector/es excluido/s por otro/s a satisfacción del INSTITUTO, sin perjuicio de las sanciones pecuniarias que en su caso pudiera corresponder en los siguientes supuestos:

i. Cuando hubiera/n sido suspendido/s en más de DOS (2) oportunidades, con fundamento en lo prescripto en el CAPITULO 3 del presente Anexo.

4.1.2 De manera directa, en el supuesto de verificarse asientos falsos en la Historia Clínica llevada por cualquier Efeor de la RED PRESTACIONAL.

4.1.3 En el supuesto de utilizarse un material de implante o insumo que no posea las características técnicas aceptadas por el INSTITUTO, facultará a éste a excluir al Efeor de la RED PRESTACIONAL y a debitar todo gasto que dicha práctica genere, sin perjuicio de las acciones penales correspondientes.

4.1.4 Cuando a exclusivo criterio del INSTITUTO, la prestación asistencial brindada, fuera deficiente y/o inadecuada y/o perjudicial y/o prestada con riesgo de vida o en perjuicio de la integridad física de los afiliados capitados en ese Efeor y/o atente contra la protección y el resguardo del mantenimiento del servicio de interés público que el INSTITUTO se halla obligado a prestar. En este supuesto, la exclusión de uno o más efectores de la RED PRESTACIONAL, procederá de manera directa sin necesidad de la acumulación de suspensión y sin perjuicio de la aplicación de las sanciones pecuniarias que pudieran corresponder.

## **4.2 SUPUESTO DE INCUMPLIMIENTO EN LA EFECTIVIZACIÓN DE LA EXCLUSIÓN**

- 4.2.1 En el supuesto de que la RED PRESTACIONAL, fehacientemente notificado de la EXCLUSIÓN de uno o varios Efectores integrantes y/o adherentes dispuesta por el INSTITUTO, no procediera a efectivizar la medida en el plazo de SETENTA Y DOS HORAS (72 hs.), de comunicada la misma, la RED PRESTACIONAL, se hallará incurso en el supuesto de incumplimiento previsto bajo el TITULO 2B FALTAS GRAVES, Punto 2.B.21, habilitando al INSTITUTO a aplicar directamente el temperamento previsto en el mencionado apartado.

## **5. RESCISION DEL CONTRATO**

El INSTITUTO queda facultado para disponer la rescisión del contrato, y la aplicación de las penalidades que específicamente hubieran sido previstas, cuando:

- a. La RED PRESTACIONAL reincida en la conducta descrita en el punto 2.C. - REINCIDENCIAS - del presente Anexo.
- b. Se detecte una falsedad en los datos incluidos en la Guía de Acreditación agregada con la oferta.
- c. La RED PRESTACIONAL suspenda la prestación de los servicios contratados, de manera parcial o total, por cualquier circunstancia, sin perjuicio del débito correspondiente.
- d. La RED PRESTACIONAL cedere total o parcialmente el contrato sin autorización expresa del INSTITUTO.
- e. La RED PRESTACIONAL, - a exclusivo criterio del INSTITUTO no cumpliera con la prescripción de medicamentos por principio activo y de acuerdo a las normas vigentes.
- f. No cumpliera con las acciones de prevención y promoción de la salud, de acuerdo a programas establecidos por la autoridad

sanitaria jurisdiccional, o en le marco de programas propios del INSTITUTO.

- g. Cuando se suspendan por más de DIEZ (10) días, ya sean continuos o alternados, el cumplimiento de las obligaciones de las partes, por razones de caso fortuito o fuerza mayor invocadas por la RED PRESTACIONAL, EL INSTITUTO podrá rescindir el contrato.
- h. La RED PRESTACIONAL a través de su efector, a exclusivo criterio del Instituto, con su accionar hubiera puesto en grave riesgo la vida y/o la integridad física del beneficiario.
- i. En todos los casos, la rescisión traerá aparejada la extinción del vínculo contractual, sin perjuicio de las retenciones y/o débitos y/o sanciones contractuales que pudieren corresponder y/o de las indemnizaciones por daños y perjuicios a que hubiera lugar, de acuerdo a la legislación de fondo aplicable.

La rescisión no otorgará derecho alguno a reclamar indemnización por daños, perjuicios y /o lucro cesante.

Sin perjuicio de lo expuesto, la RED PRESTACIONAL, que se hallase con contrato extinguido, deberá continuar prestando los servicios, en igual forma que si estuviera vigente el contrato manteniendo la misma capacidad y calidad prestacional con la que oportunamente se hubiera comprometido a cumplir, hasta tanto se haga cargo el nuevo prestador que designe EL INSTITUTO, rigiendo el presente Anexo de INCUMPLIMIENTOS CONTRACTUALES Y PENALIDADES hasta que ello ocurra.

La rescisión en todos los casos implicará la pérdida de la Garantía de Cumplimiento de Contrato prevista en el contrato correspondiente.

Sin perjuicio de ello, el crédito que pudiese existir a favor de la RED PRESTACIONAL, quedará en poder del INSTITUTO, hasta tanto se produzca la liquidación de todos los débitos por multas y/o gastos, para responder a todos los perjuicios que la rescisión importe al INSTITUTO o que la deficiente prestación de los servicios en este período pudieran traer aparejados.

Queda entendido que si EL INSTITUTO, se viese obligado a efectuar desembolsos superiores al precio estipulado en el contrato, la RED PRESTACIONAL contratada deberá abonar éstos en caso de que el crédito a su favor no bastare, así como cualquier saldo que faltare cubrir por los perjuicios o excesos descriptos en el párrafo anterior.

## **CAPITULO II. RELATIVIDAD DE LA ENUMERACION DE LOS INCUMPLIMIENTOS.**

La enumeración de los supuestos para los cuales se prevén aplicar las penalidades detalladas en los apartados anteriores no reviste carácter taxativo. El INSTITUTO queda facultado a verificar cualquier otro incumplimiento que, sin encontrarse expresamente mencionado, por su entidad y gravedad amerite aplicar cualquiera de las sanciones establecidas.

En atención a ello, cualquier otro incumplimiento podrá por, analogía, ser asimilado a los supuestos previstos en los Títulos 1 y 2 del presente Anexo.

## **CAPÍTULO III. DEL MODO DE APLICACIÓN DE LAS SANCIONES**

- a. El INSTITUTO está facultado para aplicar, en forma acumulativa, las sanciones previstas en el presente Anexo.
- b. Las multas y/o apercibimientos, serán de aplicación por cada caso acreditado y por cada hecho distinto determinado con relación aun mismo efector de la RED PRESTACIONAL, salvo estipulación en contrario.
- c. En los supuestos en que el tipo de sanción a aplicar esté supeditada a la acreditación de una determinada cantidad de casos, la suma de los mismos no está condicionada a que se produzca en plazo alguno.
- d. **Cuando la multa a aplicar estuviera determinada por mínimos y máximos, el cuántum de la sanción se establecerá en función de la gravedad de los hechos acreditados, a exclusivo criterio del Instituto.**
- e. Las sanciones de apercibimiento y/o multa y/o rescisión contractual, se aplicarán directamente a la RED PRESTACIONAL.
- f. El monto al que asciendan las multas aplicadas a la RED PRESTACIONAL, será descontado/debitado automáticamente de la cápita mensual a percibir por aquel o –en su caso- directamente por sus efectores, o de cualquier otro crédito que eventualmente se encuentre pendiente de pago a su favor.
- g. La aplicación de las sanciones y/o eventuales cargos en cualquiera de sus formas no liberará a la RED PRESTACIONAL de la responsabilidad por daños y perjuicios.

## **CAPITULO IV. DE PROCEDIMIENTO Y FORMA**

### **1. PROCEDIMIENTO PARA LA TRAMITACIÓN DE LOS INCUMPLIMIENTOS CONTRACTUALES**

La investigación y la eventual aplicación de las sanciones derivadas de incumplimientos contractuales de la RED PRESTACIONAL, tramitarán de acuerdo a los procedimientos internos establecidos por EL INSTITUTO, los que serán oportunamente notificados a la RED PRESTACIONAL y a los cuales este acepta someterse.

### **2. MEDIOS DE CONSTATACIÓN DE LAS IRREGULARIDADES PRESTACIONALES.**

El INSTITUTO, constatará las irregularidades prestacionales a través de los siguientes canales de información.

- a. Las quejas, reclamos o denuncias ingresadas en el servicio de atención telefónica PAMI ESCUCHA realizadas en forma directa por los beneficiarios y/o por sus familiares, o terceros en general, debidamente conformadas de acuerdo a las normas internas de este servicio.
- b. Las quejas o denuncias ingresadas en forma directa por el beneficiario y/o sus familiares y/o Centros de Jubilados y/o Federaciones en las sedes de las UGL´s / Agencias / Corresponsalías / Centros Coordinadores.
- c. Los informes de auditorías y/o supervisiones y/o evaluaciones, programadas y/o a demanda, realizadas por las UGL´s correspondientes.
- d. Los informes de auditorías y/o supervisiones y/o evaluaciones programadas y/o a demandas, realizadas por la Unidad de Auditoría Prestacional, de Nivel Central.
- e. Los informes emitidos por las distintas áreas técnico – médicas que integran la Gerencia de Prestaciones Médicas.

### **3. MEDIOS DE PRUEBA FEHACIENTES Y AUTOSUFICIENTES**

Los siguientes informes y/o documentos y/o instrumentos serán considerados por El INSTITUTO como prueba fehaciente de los datos que ellos contengan:

- a. Los informes de auditoría y/ o supervisión y/o evaluación así como las encuestas de satisfacción realizadas a beneficiarios y/o sus familiares, producidos a demanda y/o de manera programada por el área técnica de auditoría de Nivel Central o por el área técnica de auditoría / supervisión establecidas en las Unidades de Gestión Local.
- b. Las órdenes de prestación emitidas por El INSTITUTO a efectos de procurar la atención de los beneficiarios por parte de terceros, frente por incumplimiento o irregularidades cometidas por la RED PRESTACIONAL obligada.
- c. Los informes emitidos por las áreas técnico – médicas de la Gerencia de Prestaciones Médicas.
- d. Los registros de la Subgerencia de Relaciones Institucionales y con los Beneficiarios y del servicio PAMI ESCUCHA, elaborados conforme las respectivas normas internas previstas a tal efecto., serán considerados por EL INSTITUTO como prueba fehaciente de los datos que ellos contengan.
- e. Los registros estadísticos emitidos por el área técnica Pami Coordina, dependiente de la Gerencia de Coordinación de UGL´s.
- f. Los informes de antecedentes de sanciones aplicadas emitidos por la Gerencia de Asuntos Jurídicos y/o por las Asesorías Jurídicas de cada UGL´s.

Los informes y/o documentos consignados en el punto a) y/o b) del presente Título 3, serán considerados por EL INSTITUTO como medios de prueba autosuficientes a los fines de tener por acreditada la irregularidad o desvío prestacional y en consecuencia el incumplimiento contractual de la RED PRESTACIONAL involucrada.

## ANEXO

### PROCEDIMIENTO INTERNO PARA LA INVESTIGACION Y PENALIZACION DE IRREGULARIDADES E INCUMPLIMIENTOS CONTRACTUALES DE PRESTADORES/ EFECTORES

#### CAPITULO I DEL REGLAMENTO Y SU APLICACIÓN

**ARTÍCULO 1:** El presente reglamento interno se aplicará a todas las investigaciones que se instruyan con motivo de presuntas irregularidades o incumplimientos contractuales en los que pudieren quedar incurso los prestadores/efectores de servicios de I, II y III Nivel del Instituto.-

**ARTÍCULO 2:** Las investigaciones sobre irregularidades e incumplimientos contractuales de prestadores/efectores tendrán por objeto:

- a) Averiguar y comprobar la existencia de hechos que puedan constituir incumplimientos contractuales, irregularidades o hechos presuntamente delictivos, cometidos por prestadores/efectores en perjuicio del Instituto y/o de sus afiliados.-
- b) Individualizar a los autores y partícipes de los hechos que se investigan, determinar responsabilidades, realizar el encuadre de las irregularidades dentro del marco contractual vigente y dictaminar sobre las sanciones a ser aplicadas a los responsables.-

**ARTÍCULO 3:** Cuando la investigación y/o denuncia se origine en alguna de las Unidades de Gestión Local del Instituto, la instrucción será ordenada y estará a cargo, del Jefe de la Asesoría Jurídica de la jurisdicción que corresponda, quedando facultado él mismo a designar al Instructor. Cuando la misma se inicie ante cualquier área de Nivel Central, la misma deberá ser girada, dentro de las 48 horas de recepcionada, al Director de la Unidad de Gestión Local correspondiente a la jurisdicción en donde se habría producido la irregularidad, quien remitirá la denuncia a su Asesoría Jurídica a fin de que se designe al instructor que llevará adelante la investigación.-

#### CAPITULO II DE LAS INVESTIGACIONES

**ARTÍCULO 4:** La investigación podrá originarse: a) por denuncia verbal o escrita de un afiliado o de un tercero; b) por informe escrito del Departamento Penalidades o de cualquier dependencia del Instituto; c) como consecuencia de los informes de Auditoría del Instituto, confeccionados en oportunidad de realizar las supervisiones a las sedes de los efectores; d) como consecuencia de la emisión por parte del Instituto de una Orden de Prestación; e) de oficio.-

**ARTÍCULO 5:** La investigación se iniciará una vez notificada y remitida la denuncia, el informe o el documento respectivo y conformada la actuación administrativa correspondiente, a la Asesoría Jurídica de la Unidad de Gestión Local, la que procederá de inmediato a la designación del Instructor, debiendo

concluirse la misma, dentro del término de quince (15) días hábiles a contar desde el ingreso de las actuaciones a la Asesoría Jurídica. Asimismo, el Jefe de la Asesoría Jurídica conjuntamente con el Instructor, podrán requerir al Director de la Unidad de Gestión Local, la concesión de una prórroga por quince (15) días hábiles, de manera excepcional, siempre que, de los elementos colectados en la causa hasta ese momento, se pudiera inferir que se está ante un incumplimiento contractual cuya penalización hubiera sido prevista por las normas de la contratación que corresponda. Tal solicitud deberá estar debidamente motivada y formularse al menos, con dos (2) días hábiles de anticipación a la expiración del plazo previsto originariamente. Analizada la solicitud, el Director de la Unidad de Gestión Local, podrá autorizar la prórroga de forma excepcional por el plazo mencionado.-

**ARTÍCULO 6:** La investigación es secreta para el prestador/efector investigado, no admitiéndose debates o defensas con anterioridad a la vista de las actuaciones.-

**ARTÍCULO 7:** Todas las diligencias practicadas en la investigación serán firmadas al finalizar las mismas por el Instructor, con aclaración de la firma. Cuando las diligencias sean realizadas por agentes de otras áreas serán firmadas por éstos y por sus respectivas jefaturas.-

**ARTÍCULO 8:** Al agregar documentos o expedientes se dejará constancias del lugar, fecha y hora de recepción, foliándolos correlativamente si correspondiera. Por cuerda separada se acumularán los expedientes que tengan relación con la investigación o aquellos que no justifiquen su inclusión en el principal. Cuando para la verificación de los hechos denunciados resultara necesario agregar la historia clínica del afiliado, el Instructor podrá ordenar que un equipo perteneciente al Instituto, se constituya en la sede del prestador/efector denunciado, en donde se encuentre la documental, y procedan a retirar copia fotoestática de la misma, previa foliatura y cruzado de los espacios en blanco que el representante del prestador/efector procederá a efectuar sobre dicha historia clínica, en presencia del equipo precitado, salvando las enmiendas y tachaduras que pudiera registrar la misma. La documental aludida deberá ser facilitada por el requerido, en forma inmediata, sin admitirse dilación de ningún tipo en su entrega, pues de lo contrario se lo considerará incurso en las penalidades previstas por el plexo contractual.-

**ARTÍCULO 9:** En toda investigación se deberá observar el cumplimiento de las normas y procedimientos internos previstos oportunamente por este Instituto para la preparación de la documentación administrativa, así como también, el Reglamento para las Mesas de Entradas, Salidas y Archivo. Las investigaciones se caratularán como expedientes, individualizando correctamente en el *ASUNTO*, por una parte, los datos del denunciante o del área que genera el informe o documento, indicando el número que estos contengan y por la otra, el prestador o efector presuntamente responsable. Las investigaciones se compaginarán en cuerpos que no excedan de 200 fojas, salvo que tal límite obligara a dividir escritos o documentos que constituyan una sola pieza, de lo que se dejará la debida constancia.-

### **CAPITULO III DE LAS DENUNCIAS**

**ARTÍCULO 10:** La denuncia se podrá interponer en forma verbal o escrita en cualquier dependencia del Organismo (Nivel Central, Unidades de Gestión Local, Agencias, Corresponsalías, Centros Coordinadores, Centro de Atención Telefónica, etc.). El agente que se negare a recibir la denuncia, obstaculizare o negare colaboración en la investigación, incurrirá en un acto de indisciplina grave que podrá ser sancionado con la resolución del vínculo laboral o contractual.-

**ARTÍCULO 11:** Cuando la denuncia fuere realizada en forma verbal se labrará un Acta que contendrá en cuanto sea posible: a) lugar, fecha y hora, en que se recepciona; identidad, documento, domicilio y firma del denunciante; b) descripción circunstanciada, clara y precisa del hecho denunciado; c) nombre de los autores, partícipes o auxiliadores de la presunta irregularidad o incumplimiento contractual, y de las personas que pudieron tener conocimiento del mismo y d) toda otra circunstancia o elemento que pueda conducir al esclarecimiento del hecho denunciado y a la individualización de los responsables. En aquellos supuestos en que el denunciante quisiera preservar su identidad, el Instructor, previo a constatar la condición de beneficiario del accionante, dejará constancia en las actuaciones de tal situación, como así también que se ha verificado tal extremo, no debiendo consignarse en modo alguno datos o elementos que permitan identificar al denunciante.-

**ARTÍCULO 12:** Cuando la investigación se origine con motivo de irregularidades constatadas por auditorías realizadas por los distintos niveles o áreas de este Instituto, el informe de auditoría deberá contener: a) prestador o efector auditado; b) período auditado; c) descripción clara y detallada de la irregularidad; d) documentación consultada indicando según corresponda: número de notas, providencias, informes, formularios, trámites internos, expedientes, historia clínica, ficha médica, etc., acompañando la misma o copia certificada en cuanto esto sea posible; e) se labrará un Acta en el momento de la inspección en la que se dejará constancia de los elementos consultados, nómina del personal que se desempeña en el área auditada ( si ese fuere el caso), al tiempo de haber ocurrido las presuntas irregularidades y se solicitará al prestador/efector que firme el Acta respectiva, conjuntamente con los auditores, y en caso de negativa de este último a suscribirla, se dejará constancia de ello en la citada Acta. Tal constancia será tenida por el Instituto como prueba fehaciente de lo que aquella contiene.-

**ARTÍCULO 13:** Cuando la investigación se inicie como consecuencia de la recepción de una denuncia escrita, no será necesaria su ratificación, salvo que resultare inverosímil, o fuese estrictamente necesaria su ampliación para poder instruir.-

**ARTÍCULO 14:** No se dará curso a denuncias anónimas salvo que contengan hechos verosímiles o susceptibles de investigación.-

### **CAPITULO IV DE LA INSTRUCCION**

**ARTÍCULO 15:** La instrucción de la investigación estará a cargo de un instructor designado por el Jefe de la Asesoría Jurídica de la Unidad de Gestión Local que corresponda a la jurisdicción en donde hubiera acontecido la irregularidad. El

Departamento Penalidades podrá, de oficio, ordenar la instrucción a las Asesorías Jurídicas de las Unidades de Gestión Local la realización de las investigaciones y/o comprobaciones que estime corresponder, como así también, en caso de considerarse necesario, a designar el instructor que dentro de esa área local se encontrará a cargo de su ejecución.-

**ARTÍCULO 16:** Son deberes y atribuciones de los instructores: a) Investigar los hechos denunciados; b) Emplear la mayor reserva, objetividad y celeridad en los trámites; c) Constituirse en el lugar de los hechos, si ello fuera posible y resultare aconsejable por las circunstancias del caso; d) Requerir directamente la colaboración del personal de sus respectivas jurisdicciones, cualquiera fuese su jerarquía, y fijar plazos para la realización de las diligencias a los agentes antes indicados, en caso que no dieran cumplimiento a lo peticionado en tiempo y forma, podrán solicitar la aplicación de las sanciones correspondientes (art. 10 "in fine"); e) Sustanciar por sí o por otro agente del Instituto, todas las diligencias de prueba y realizar todas las actuaciones y comprobaciones que la investigación requiera.-

**ARTÍCULO 17:** El instructor actuará con imparcialidad, no empleando ningún género de coacción, amenaza y/o promesa, siendo personalmente responsable por esos hechos.-

**ARTÍCULO 18:** Cuando el instructor solicite medidas de prueba, informes, etc., a otras áreas de su jurisdicción, la providencia que las ordene deberá ser suscripta según corresponda, por el Jefe de la Asesoría Jurídica que corresponda.-

## **CAPITULO V DE LA PRUEBA**

**ARTÍCULO 19:** Se reputarán medios idóneos de prueba para la sustanciación de toda investigación los siguientes:

- a) Confesión
- b) Testimonial
- c) Documental
- d) Pericial
- e) Informativa
- f) Inspección ocular, presunciones e indicios inequívocos, directos y concordantes, fundados en hechos reales probados y directamente relacionados con el hecho investigado.

Las Ordenes de Prestación, documentos emitidos por el Instituto a fin de hacer efectiva la prestación asistencial de los beneficiarios, en virtud de rechazos conformados o no conformados por el prestador, emitidos conforme lo determina la reglamentación, así como también, los informes producidos a , demanda o de forma programada por la Unidad de Auditoría Prestacional de Nivel Central, elaborados conforme las normas previstas, serán considerados, según el caso, un medio de prueba autosuficiente a los fines de tener por acreditado el incumplimiento contractual cometido por el prestador, sin perjuicio del cumplimiento de lo normado en el CAPITULO XI.-

## **CAPITULO VI DE LOS TESTIGOS**

**ARTÍCULO 20:** Todo agente o funcionario del Instituto está obligado a declarar como testigo, no pudiendo requerirse declaración testimonial de ascendientes, descendientes, consanguíneos hasta el cuarto grado o afines en segundo grado, ni de un cónyuge contra el otro, aunque se encuentren separados y/o divorciados.-

**ARTÍCULO 21:** En el caso del artículo anterior, la citación de los testigos se hará por medio fehaciente estableciéndose lugar, día y hora de la presentación, no pudiendo negarse el Jefe o encargado del área en donde se desempeñe el citado a autorizar la comparencia del agente de que se trate.-

**ARTÍCULO 22:** En el caso de citación de testigos ajenos al Instituto, ésta podrá efectuarse por cualquier medio fehaciente, debiendo dejarse constancia de la citación en las actuaciones. La incomparencia injustificada, luego de la segunda citación, determinará la prescindencia de esos testigos. Sin perjuicio de ello y antes de la toma de vista por el denunciado, podrá recibirse cualquier declaración espontánea, quedando su recepción a criterio del Instructor.-

**ARTÍCULO 23:** En el interrogatorio, luego de asentarse los datos personales del citado, deberá requerirse que indique si los comprende, respecto del denunciado, las circunstancias de parentesco, amistad, interés o dependencia, lo cual le será explicado en forma clara y concreta. La existencia de alguna o algunas de dichas causales no obstarán a la recepción del testimonio, el cual será merituado en la etapa oportuna. El instructor formulará al testigo preguntas claras, evitando que de su formulación se encuentre implícita la respuesta. Las contestaciones se asentarán, en lo posible, utilizando los mismos términos empleados por el declarante.

**ARTÍCULO 24:** Los testigos declararán bajo promesa de decir la verdad, en todo cuanto supieren o les fuere preguntado, debiendo dar razón de sus dichos, declarando sobre aquellos hechos que hubieran caído bajo la acción directa de sus sentidos, indicando las razones de tiempo, lugar y modo. En el supuesto de que los testigos fueran agentes del Instituto, aquellos declararán bajo juramento de decir verdad.-

**ARTÍCULO 25:** Las Actas de las declaraciones deberán contener; lugar, fecha, hora, datos personales del compareciente y documentos de identidad con que se identifican. Finalizado el acto, deberá ser leída a viva voz, asentándose todas las aclaraciones que los testigos consideren oportunas, debiendo ser suscripta por el compareciente y el Instructor.-

## **CAPITULO VII DE LA DECLARACION DE LOS INVESTIGADOS**

**ARTÍCULO 26:** La citación al prestador/efector del servicio asistencial sometido a investigación, deberá hacerse por medio fehaciente. Podrá ser llamado las veces que sea necesario para esclarecer los hechos objeto de la investigación y ofrecer la prueba que considere oportuna para la demostración de los hechos, quedando su recepción a criterio del Instructor. En el supuesto de considerarse innecesario recoger la prueba ofrecida, deberá motivarse el rechazo. La incomparencia injustificada del investigado a la citación que se le formule, será tomada como entorpecimiento y/o impedimento al poder de auditoria del Instituto.-

**ARTÍCULO 27:** La formalidad prevista en el artículo anterior no resultará de aplicación cuando contractualmente se encuentre prevista otra forma para que el prestador/efector brinde explicaciones.-

**ARTÍCULO 28:** El Acta de declaración deberá contener lugar, fecha y hora en que se recepcione la misma, documento de identidad y la expresión de causa por la cual se lo cita a prestar declaración, debiendo ser interrogado, además, acerca del vínculo que lo liga al denunciante.

**ARTÍCULO 29:** Al término del interrogatorio el declarante podrá efectuar las manifestaciones o aclaraciones que considere convenientes para su descargo. Finalizado el acto, el declarante deberá leer personalmente su exposición, ratificando o rectificando su contenido y firmando cada una de las fojas del Acta conjuntamente con los demás asistentes al acto y el instructor.-

**ARTÍCULO 30:** Si leída el Acta el declarante no accediera a firmarla, se dejará constancia de ello en dicha pieza, no restándole tal circunstancia validez al acto, siempre que la suscriba uno o más testigos.-

### **CAPITULO VIII DE LOS PERITOS**

**ARTÍCULO 31:** Cuando para conocer o apreciar cualquier hecho o circunstancia pertinente a la investigación, fueren necesarios o convenientes conocimientos especiales en alguna ciencia, arte o profesión, el Instructor podrá designar a uno o más profesionales del Instituto expertos en la materia de que se trate para que actúen en calidad de peritos. En caso de ser necesaria la designación de un experto ajeno al Instituto, el Instructor deberá solicitar al Departamento Penalidades la correspondiente autorización. Los gastos y honorarios que en su caso correspondieren, serán en todos los casos y sin perjuicio del resultado de la investigación, a cargo del prestador o efector investigado, pudiendo debitarse lo oblado por tal concepto de cualquier suma pendiente de pago.-

**ARTÍCULO 32:** El cargo de perito es "ad-honorem", cuando fueren agentes del Instituto, siendo una obligación administrativa indeclinable, a menos que exista causal fundada de excusación, resultando aplicable en caso de negativa lo previsto por el art. 10 "in fine".-

**ARTÍCULO 33:** El Instructor indicará concretamente las razones del peritaje, los puntos de pericia, el plazo dentro del cual debe llevarse a cabo la labor pericial, facilitándose a el/los peritos los elementos probatorios necesarios para que puedan llenar su cometido.-

**ARTÍCULO 34:** Realizado el acto pericial, el/los peritos deberán presentar su informe dentro del plazo otorgado, el cual no podrá exceder el de diez ( 10) corridos, salvo que los procedimientos a utilizarse en la materia de que se trate exijan un plazo mayor, en cuyo caso dicho profesional/profesionales deberán solicitar una prórroga antes de la expiración del término otorgado, debidamente fundada.-

**ARTÍCULO 35:** El informe pericial deberá contener: a) El objeto de la pericia; b) Documentación tenida en cuenta para llevarla a cabo; c) Detalle de las operaciones y resultado obtenido; d) Principios científicos en que se funda; e) Conclusiones; f) Lugar, fecha y firma del o los peritos.-

## **CAPITULO IX DE LA PRUEBA DOCUMENTAL**

**ARTÍCULO 36:** Todos los documentos que se colectaren y/o presentaren durante la instrucción y tuvieran relación con los hechos por los que se instruyen las actuaciones, se agregarán al expediente de investigación.-

**ARTÍCULO 37:** Los documentos existentes fuera de la jurisdicción del Instructor o que no pudieran ser agregados, serán compulsados en el lugar en que se encuentren y en caso necesario, se obtendrá o recabará testimonios o fotocopias autenticadas por el Instructor.-

**ARTÍCULO 38:** Los documentos privados serán sometidos a reconocimiento de aquellos a quienes pertenecieran, con las previsiones contenidas en Capítulo VI.-

**ARTÍCULO 39:** Las áreas del Instituto de la jurisdicción que corresponda, están obligadas a poner a disposición del Instructor en el plazo que éste indique, los instrumentos que fueren requeridos como así también a expedir las copias que se soliciten. Las copias podrán ser obtenidas por cualquier medio que sea factible (mecanografiadas, fotocopiadas, etc.), debiendo ser autenticadas por el Instructor o por la autoridad que las expida.-

## **CAPITULO X ANTECEDENTES DEL PRESTADOR INVESTIGADO**

**ARTÍCULO 40:** En todo expediente de investigación se deberá corroborar y consignar los siguientes datos:

- a) Vínculo contractual del prestador/efector con el Instituto;
- b) Antecedentes del prestador/efector por irregularidades, incumplimientos contractuales, auditorías anteriores, guías de evaluación, etc.

Las Areas del Instituto que posean dicha información se encuentran obligadas a proporcionar al Instructor la misma en forma inexcusable a su solo requerimiento y dentro del plazo que este fije.-

## **CAPITULO XI DEL DESCARGO**

**ARTÍCULO 41:** Agotada la prueba, si el Instructor estimara acreditada la falta y no se diere el presupuesto establecido en el artículo 44, se correrá vista de las actuaciones al prestador/efector investigado por el plazo de tres (3) días hábiles. En dicho plazo el prestador/efector investigado podrá producir su descargo por escrito, ofreciendo las pruebas que estime oportunas.-

**ARTÍCULO 42:** Las pruebas ofrecidas por el prestador/efector en su descargo serán evaluadas por el instructor, siempre que sean relevantes para la causa, las que deberán ser sustanciadas en el término de tres (3) días hábiles. Si se denegare la prueba, el Instructor deberá dejar constancia del procedimiento adoptado y los fundamentos de la denegación.-

**ARTÍCULO 43:** La falta de comparencia del investigado a tomar vista de las actuaciones, o habiendo comparecido no produce su descargo dentro del término establecido, se resolverá el expediente sin más trámite.-

**ARTÍCULO 44:** Si concluida la etapa probatoria, existiere la sospecha fundada de la presunta comisión de un ilícito penal, se podrá a criterio del Instructor solicitar el descargo al prestador/efector sin vista de las actuaciones.-

## **CAPITULO XII DE LAS CONCLUSIONES Y DEL DICTAMEN LEGAL**

**ARTÍCULO 45:** Agotada la investigación, el Instructor procederá a expedirse sobre las conclusiones emitiendo el dictámen legal correspondiente. El dictámen deberá contener: a) comprobación o no del hecho investigado; b) su encuadramiento dentro del plexo contractual y/o de las normas aplicables en la materia ya se traten de incumplimientos contractuales, irregularidades y/o delitos; c) enumeración de la prueba aportada y su valorización; d) la individualización del o los autores y su participación; e) agravantes para la aplicación de la medida que se estime necesaria adoptar; f) los antecedentes respecto de la reincidencia del prestador/efector incumpliente; g) la penalidad que se propicia aplicar en el supuesto de incumplimientos contractuales; h) lugar, fecha, firma del Instructor y del jefe de la Asesoría Jurídica de la Unidad de Gestión Local o del Jefe del Departamento Penalidades, según corresponda.-

## **CAPITULO XIII DE LAS PENALIDADES Y SU NIVEL DE APLICACIÓN**

**ARTÍCULO 46:** Si la sanción que la Asesoría Jurídica propicia aplicar al prestador /efector en virtud del incumplimiento contractual comprobado, consistiera en *un apercibimiento y/o una multa y/o una suspensión*, el dictámen legal que aquella emita, producirá directamente la clausura de la investigación. La penalidad será dispuesta por Acto Dispositivo del Señor Director de la Unidad de Gestión Local, correspondiente a la Asesoría Jurídica que intervino en la instrucción. En estos supuestos, el proyecto de Acto Dispositivo será elaborado por la Asesoría que propicia la medida junto con el dictámen legal final aludido.-

**ARTÍCULO 47:** Si la sanción que la Asesoría Jurídica propicia aplicar al prestador/efector en virtud del incumplimiento contractual comprobado, consistiera en *exclusión y/ o rescisión contractual*, la medida será dispuesta por Acto Resolutivo de la Autoridad Superior de este Instituto, con dictamen previo del Departamento Penalidades dependiente de la Gerencia de Asuntos Jurídicos. En estos supuestos, el dictamen emitido por la Asesoría Jurídica de la Unidad de Gestión Local, no producirá la clausura de la investigación.-

**ARTÍCULO 48:** En aquellos supuestos en que del dictamen legal surgiera como conclusión que el hecho investigado no ha podido ser comprobado o que la denuncia o el informe que diera lugar a la investigación no es consistente, el dictamen emitido por la Asesoría Jurídica de la Unidad de Gestión Local, no producirá la clausura de la investigación, debiendo en consecuencia procederse de acuerdo a lo normado en los arts. 53 y 54 respectivamente.-

## CAPITULO XIV

### DEL PROCESO DE ELEVACIÓN DEL ACTO DISPOSITIVO PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE LAS PENALIDADES - NOTIFICACIÓN

**ARTÍCULO 49:** Concluida la instrucción con la emisión del dictamen legal correspondiente, en el supuesto que la medida propiciada consistiera en la *multa* especificada en el art. 46, el Jefe de la Asesoría Jurídica, remitirá las actuaciones dictaminadas al Señor Director de la Unidad de Gestión Local, quien dentro de los dos (2) días hábiles subsiguientes, dispondrá la aplicación de la sanción mediante Acto Dispositivo, conformando un Trámite Interno. Dicho trámite contendrá el Acto Dispositivo en original y deberá ser girado al Departamento Cuentas a Pagar – División Ajustes y Recuperos a fin de que éste proceda a aplicar la penalidad dispuesta.

**ARTÍCULO 50:** Dentro de las setenta y dos (72) horas de recepcionado el Trámite Interno, la División Ajustes y Recuperos procederá a registrar el monto de la sanción en la cuenta corriente del prestador/efector, dejando constancia de ello en el Trámite Interno iniciado al efecto, el que será girado en el lapso mencionado en devolución a la Unidad de Gestión Local, para su agregación al expediente principal.

**ARTICULO 51:** Recepcionado el Trámite Interno por parte de la Unidad de Gestión Local se procederá a su acumulación al expediente principal para la debida notificación de la medida adoptada por medio fehaciente a todas las partes (denunciante y denunciado).

**ARTÍCULO 52:** Todas las sanciones serán comunicadas a la División Registro de Prestadores , debiendo girarse en el mismo plazo en devolución a la Unidad de Gestión Local, para su correspondiente notificación.

**ARTÍCULO 53:** Finalizada la instrucción de la investigación mencionada en el art. 45, con la emisión del dictamen legal correspondiente, en el supuesto de que la medida propiciada fuera alguna de las sanciones especificadas en el art. 47, o se diera alguna de las situaciones mencionadas en el art. 48, el Jefe de la Asesoría Jurídica, remitirá las actuaciones al Señor Director de la Unidad de Gestión Local, quien dentro del plazo de cuarenta y ocho (48) horas , deberá elevar las actuaciones al Departamento Penalidades con opinión fundada compartiendo o nó las conclusiones propiciadas por la instrucción.-

**ARTÍCULO 54:** Recibidas las actuaciones por el Departamento Penalidades, éste procederá a analizarlas y podrá disponer:

- a) La realización de las diligencias necesarias para la ampliación de la investigación, debiendo especificar las que considere procedente llevar adelante, derivando las actuaciones al área de competencia, cuando estimara insuficiente la prueba producida o en mérito a la complejidad o al interés institucional comprometido;
- b) La clausura de la investigación mediante la producción de un dictamen final, elevando las actuaciones al señor Gerente de Asuntos Jurídicos

conjuntamente con el proyecto de Acto Resolutivo a suscribir por la Autoridad Superior de este Instituto, en el supuesto del art. 47 y previa conformidad de la Gerencia de Prestaciones Médicas. En aquellos casos en que la Gerencia de Prestaciones Médicas, no compartiera el temperamento que se propicia adoptar, dejará constancia de ello en dictamen fundado y remitirá las actuaciones al Director de la Unidad de Gestión Local a fin de que con las nuevas pruebas aportadas, la Asesoría Jurídica produzca un nuevo dictamen en los términos del art. 45 y art. 46 respectivamente;

- c) En el supuesto del art. 48, y de compartir el criterio de la Asesoría Jurídica de la Unidad de Gestión Local, ratificar el temperamento y clausurar la investigación mediante la producción de un dictamen legal de carácter final, elevando las actuaciones al señor Gerente de Asuntos Jurídicos conjuntamente con el proyecto de Acto Dispositivo a suscribir por esa Autoridad, remitiendo posteriormente los actuados a la dependencia de origen para su notificación y archivo. En caso contrario y habiendo revisado la prueba colectada en autos hasta el momento o cumplido lo previsto en el inciso a) del presente, el Departamento Penalidades devolverá las actuaciones al Director de la Unidad de Gestión Local correspondiente a fin de que la Asesoría Jurídica emita un nuevo dictamen en los términos I encontrarse firmes mediante la remisión del expediente principal. Dentro de las setenta y dos (72) horas de recepcionado, la División Registro de Prestadores, procederá a anotar la sanción aplicada en el legajo del prestador art.45 y de -en consecuencia - de continuidad al giro administrativo conforme lo normado por el art. 46 o 47, según corresponda.-

## **CAPITULO XV DEL RECURSO DE REVISIÓN**

**ARTÍCULO 55:** En el supuesto que la decisión adoptada por el Director Ejecutivo de la Unidad de Gestión Local, no fuera consentida por el prestador/efector, éste podrá interponer, un Recurso de Revisión debidamente fundado ante la Unidad de Gestión Local correspondiente dentro del plazo de diez (10) días hábiles de notificada la medida sancionatoria dispuesta.

Efectuada la presentación, el Director de la Unidad de Gestión Local deberá elevar las actuaciones en su conjunto al Departamento Penalidades dependiente de la Gerencia de Asuntos Jurídicos en un plazo no mayor de tres (3) días hábiles.

El Recurso de Revisión será resuelto por el señor Gerente de Asuntos Jurídicos del Instituto, a través de un Acto Dispositivo, con dictamen previo del Departamento Penalidades, confirmando o revocando total o parcialmente la medida aplicada, disponiéndose asimismo la remisión de las actuaciones a la Unidad de Gestión Local para la correspondiente notificación a los interesados.

En el supuesto que el señor Gerente de Asuntos Jurídicos hiciera lugar al recurso de revisión interpuesto, revocando la multa aplicada por el Director Ejecutivo de la Unidad de Gestión Local, previo a la notificación a los interesados por intermedio

de la jurisdicción local correspondiente, comunicará dicha circunstancia a la División Ajustes y Recuperos para la debida toma de razón y composición del estado de cuenta corriente del prestador/efector involucrado, remitiéndose a posteriori las actuaciones en devolución de la Unidad de origen.

En el supuesto de que el recurso de revisión fuera rechazado, esta decisión importará la confirmación de la medida adoptada por el Director Ejecutivo de la Unidad de Gestión Local, disponiéndose previamente a la remisión de las actuaciones para su notificación a los interesados, la debida comunicación a la División Registro de Prestadores para la debida anotación en el legajo del prestador/efector de la sanción firme dispuesta.-

## **CAPITULO XVI ACTUACIÓN DE OFICIO**

**ARTÍCULO 56:** El Departamento Penalidades, a instancia del señor Gerente de Asuntos Jurídicos, podrá iniciar de oficio la instrucción de la investigación que estime pertinente, solicitando al Director de la Unidad de Gestión Local, se lleven adelante las acciones que estime conveniente para la dilucidación del hecho que se pretenda esclarecer. En tal sentido, el Director de la Unidad de Gestión Local actuará conforme lo normado en el art. 3 del presente, dando inicio al procedimiento previsto por este Reglamento. En este supuesto, el Departamento Penalidades podrá ordenar a la Asesoría Jurídica respectiva la producción de medidas o diligencias específicas así como también designar al instructor que llevará adelante la investigación.-

## **CAPITULO XVII DISPOSICIONES GENERALES**

**ARTÍCULO 57:** Las Asesorías Jurídicas llevarán un Registro en un libro con hojas fijas debidamente foliado de todas las investigaciones que tramiten en sus respectivas jurisdicciones en el cual se asentará: a) fecha de recepción de las actuaciones en la Asesoría Jurídica; b) número de expediente; c) carátula de las actuaciones; d) fecha de la denuncia, informe o documento; e) nombre del denunciante o área que hubiere formulado la denuncia; f) razón social del prestador o efector denunciado e irregularidad objeto de investigación; g) sanción propiciada; h) número de Disposición por la cual se decidiera aplicar la medida, como así mismo, todo otro dato que pudiera resultar de conveniencia a los intereses del Instituto.-

**ARTÍCULO 58:** Las Asesoría Jurídicas llevarán asimismo un Registro de Sanciones Aplicadas a fin de poder determinar la reincidencia de cada prestador/efector. Dicho registro deberá estar informatizado y deberá contener a) número de expediente; b) nombre del denunciante o área que hubiere formulado la denuncia; c) razón social del prestador o efector denunciado e irregularidad objeto de investigación; d) sanción propiciada; e) número de Acto Dispositivo por el que se determinó la aplicación de la sanción.

**ARTÍCULO 59:** Todas las investigaciones que se tramiten por irregularidades de prestadores/efectores de I, II y III Nivel se ajustarán en un todo a este procedimiento.-

**ARTÍCULO 60:** Las Asesorías Jurídicas de cada Unidad de Gestión Local, deberán remitir al Departamento Penalidades dependiente de la Gerencia de Asuntos Jurídicos, dentro del tercer día hábil de cada mes, un informe relativo al estado de todas las investigaciones que tramiten en las respectivas jurisdicciones denominado INFORME DE SITUACIÓN SANCIONES U.G.L. – MES /05, en el que se detallará: a) la cantidad de actuaciones iniciadas en el mes anterior discriminadas por prestador/efector y por número de expediente; b) la cantidad de actuaciones en trámite y el estado del mismo, discriminados por prestador/efector y por número de expediente; c) las sanciones aplicadas discriminadas por prestador/efector, grado y número de expediente.

**ARTÍCULO 61:** El Departamento Penalidades fijará, cuando fuere conveniente, criterios de orientación general, pautas o medidas concretas a aplicar en las investigaciones en trámite, o a instruir, por las Asesorías Jurídicas de las Unidad de Gestión Local.-

**ARTÍCULO 62:** El Departamento Penalidades podrá requerir al Nivel Superior la constitución de grupos de trabajo integrados con profesionales y personal administrativo de cualquiera de las Areas del Instituto, a fin de sustanciar investigaciones que por su especificidad, complejidad o por la cantidad de prueba a diligenciar hagan necesaria la participación de esos agentes.-

**ARTÍCULO 63:** El Departamento Penalidades informará a la Unidad de Auditoría Interna las irregularidades que se produjeran en el cumplimiento del presente procedimiento.-

## ANEXO

### MENÚ PRESTACIONAL

El modelo de atención médica es la forma de organización de los recursos prestacionales, de acuerdo a las características establecidas por el INSSJP, estableciendo los procedimientos necesarios para cubrir la demanda específica.

El modelo se presenta con distintos ejes estratégicos que le permiten cumplir con los principios de universalidad, equidad, accesibilidad, y con una utilización racional de los recursos existentes para lograr la mejor calidad de atención posible.

A tal efecto se dará prioridad a las acciones de atención primaria, y a los programas de Promoción y Prevención de la Salud, fundamentado en criterios epidemiológicos y de regionalización geográfica.

En el marco metodológico, la propuesta incluye:

- Estrategia única de implementación.
- Oferta de servicios equilibrada con la demanda esperada.
- Centralización administrativa y descentralización operativa.
- En la cobertura se han tenido en cuenta los conceptos de integralidad, oportunidad y accesibilidad.
- Definición de niveles de atención de complejidad creciente con integración funcional de los mismos e incorporación del concepto de categorización, que ofrezca una respuesta oportuna a los problemas existentes.
- El principio de equidad para el beneficiario, se relaciona con la libre elección dentro de los recursos ofrecidos por el modelo.
- Desarrollo de un programa de calidad de atención que se corresponda con la capacidad financiera del convenio.

Las entidades y profesionales contratados deberán cumplir con las siguientes pautas:

- Integralidad de la cobertura, que incluye todas las prestaciones para la protección, prevención, mantenimiento y recuperación de la salud de los beneficiarios del Instituto.
- Estructuración en niveles de atención, a saber:
  - Un primer nivel constituido por médicos de cabecera y los demás recursos para la atención primaria.

- Un segundo nivel ambulatorio, para la atención vertical del beneficiario, conformado por los especialistas y demás recursos correspondientes a ese nivel.
  - Un segundo nivel de internación general de agudos.
  - Un tercer nivel de alta complejidad diagnóstica y terapéutica, ambulatoria y en internación.
- Sistemas de información, que permitan un seguimiento continuo y efectivo de las prestaciones brindadas.
- Tránsito ordenado de la demanda, que establece el ingreso al sistema, a través del médico de cabecera, la atención de urgencia y emergencia a través del Instituto, y que la demanda del segundo nivel responda al requerimiento de la urgencia y del médico de cabecera.

**MENÚ PRESTACIONAL DEL  
I NIVEL DE ATENCIÓN**

**ATENCIÓN AMBULATORIA DE I NIVEL**

**SERVICIOS Y PRÁCTICAS INCLUIDAS**

El modelo se basa en la atención brindada por el Médico de Cabecera, incorporando conceptos de la atención primaria de la salud, bajo la supervisión del I.N.S.S.J.P. quien garantiza la integralidad de la asistencia.

El Primer Nivel de atención comprende:

- Médicos de Cabecera
- Laboratorios para determinaciones ambulatorias de baja y media complejidad
- Centros de diagnóstico por imágenes de baja y media complejidad
- Fisiokinesioterapia
- Traslados: los mismos estarán a cargo del Instituto (área metropolitana bonaerense) o de quién sea prestador en otras localidades.

**MÉDICOS DE CABECERA:**

El Médico de Cabecera, es el principal referente y por lo tanto, el nexo para la articulación de todos los procesos de atención relacionados con la salud de los afiliados asignados a su padrón.

Deberán cumplir las siguientes Funciones y Requisitos:

**FUNCIONES:**

Los médicos de cabecera deberán cumplir con las siguientes funciones:

1. Son la puerta de entrada al ingreso del beneficiario en el sistema prestacional.
2. Deberán garantizar la obtención de turnos dentro de los tres días hábiles de la solicitud.

3. Atender la patología ambulatoria y efectuar el tratamiento oportuno de las enfermedades del grupo poblacional asignado.
4. Desarrollar las acciones tendientes a la promoción, prevención, rehabilitación y educación de la salud.
5. Efectuar el seguimiento horizontal y vertical de la población a su cargo.
6. Cumplir con el diagrama horario establecido por el INSSJP para la atención en consultorio.
7. Realizar la atención domiciliaria en forma programada, y cumplir con los plazos establecidos por el INSSJP, dentro de las 24hs de su solicitud de lunes a viernes.
8. Utilizar los recursos asignados con un uso racional de los mismos.
9. Ser los responsables de la realización de la historia clínica.
10. Establecer el orden de prioridad de las distintas terapéuticas que recibe el paciente en forma conjunta con los especialistas.
11. Efectuar la contención de sus pacientes.
12. Participar en las reuniones que el INSSJP convoque como control y de evaluación del modelo prestacional y de su gestión en particular.
13. Transmitir la información requerida por el INSSJP en el formato físico y/o informático y periodicidad que este determine

#### **REQUISITOS:**

El Médico de Cabecera presentará, en el lugar y momento que el Instituto determine el formulario específico en el que se detallen los datos personales, profesionales, domicilio particular y profesional, días y horarios de atención, número de póliza de seguro de mala praxis y responsabilidad civil con indicación del período de cobertura.

Acreditará aptitud psicofísica (extendida por establecimientos públicos), título habilitante, matrícula profesional, certificación en alguna de las siguientes especialidades: Geriatría, Medicina General y/o Medicina de Familia, Clínica Médica, Pediatría (cuando corresponda), currículum vitae y ubicación asistencial en la zona.

Los pediatras de cabecera brindarán atención a los beneficiarios de EL INSTITUTO menores de 18 años, reconociéndose la facultad del afiliado mayor de 15 años de optar por atenderse con un médico de familia.

Edad máxima al momento de su presentación, hasta un año antes de la edad de jubilación.

Aquellos profesionales que actualmente se desempeñen como Médicos de Cabecera, deben completar el mismo formulario de inscripción.

En zonas geográficas desfavorables o de baja densidad poblacional, el INSTITUTO se reserva el derecho de admitir profesionales médicos sin las especialidades solicitadas instituyendo requisitos de capacitación de cumplimiento obligatorio.

Consultorio médico habilitado por autoridad competente: podrá desarrollar su actividad en su consultorio particular y/o en policonsultorios habilitados para tal fin.

Dicho /s consultorio /s serán evaluados por el Instituto, teniendo en cuenta el cupo poblacional a asignar y la ubicación geográfica del /los mismo /s.

Atenderá de lunes a sábados, en banda horaria de 8 a 20 hs., al menos tres (3) días semanales, no consecutivos, con un mínimo de tres (3) horas por semana cada cien (100) beneficiarios asignados.

La disponibilidad horaria del Médico de Cabecera en su consultorio deberá ser, como mínimo, acorde a los parámetros establecidos en la siguiente tabla:

Población a cargo	Horas de atención	Días	Horas por día
0 a 299 benef.	9 hs. Semanales	3 días (no corridos) de Lunes a Sábados	No menos de 3 hs.
300 a 399 benef.	12 hs. semanales	4 días de Lunes a Sábados	3 hs
401 a 499 benef.	15 hs. semanales	4 días de Lunes a Sábados	3 días de 4 hs 1 día de 3 hs
500 a 599 benef.	18 Hs. semanales	4 Días de Lunes a Sábados	4 días de 4 y 1/2Hs.
600 a 699 benef.	21 Hs. semanales	5 Días de Lunes a Sábados	4 días de 4Hs. 1 día de 5hs

LOS TURNOS DEBERAN TENER UNA DURACION DE POR LO MENOS VEINTE (20) MINUTOS y SE OTORGARÁN CON UN MÁXIMO DE CUATRO (4) DÍAS HÁBILES DE DEMORA.

DEBERÁ TENER UN CUPO DIARIO DE TURNOS PARA DEMANDA ESPONTÁNEA.

Se ponderará que disponga además de un tiempo equivalente a un tercio de la actividad asistencial por semana para el desarrollo de tareas en prevención y promoción de la salud y actividades conjuntas con la Coordinación del I Nivel.

#### ACTIVIDADES A DESARROLLAR:

Adecuará su desempeño profesional en consonancia con las normas del modelo socio sanitario aprobado por el I.N.S.S.J.P y las guías de orientación diagnóstica protocolizadas por el Ministerio de Salud de la Nación y/o los establecidos por el I.N.S.S.J.P para la atención de las patologías prevalentes.

Deberá realizar la atención médica programada y no programada en consultorio, conforme a la estrategia de cuidados progresivos según nivel de riesgo detectado.

Realizará visitas médicas programadas domiciliarias dentro de las cuarenta y ocho (48) horas; y al menos una vez al mes a los beneficiarios alojados en Residencias para Adultos mayores. Deberá concurrir al establecimiento de II

Nivel cuando sea notificado de la internación de un afiliado de su cupo. Se exime de tal responsabilidad, en los casos de internación fuera del ámbito geográfico al que pertenecen el beneficiario o el Médico de Cabecera.

Indicará las prácticas y estudios diagnósticos complementarios que estén incluidos en su nivel de atención contempladas en el menú prestacional.

Prescribirá medicamentos de acuerdo con las Leyes Nacionales vigentes – entre ellas la Ley 25.649/02 de prescripción por nombre genérico- y sus normativas complementarias y/o modificatorias. Deberá cumplir con las disposiciones actuales y futuras, relacionadas con la prescripción de medicamentos de uso abierto (listado de medicamentos PAMI), colocando en la receta el diagnóstico de certeza o presuntivo, ya sea en forma literal o a través de codificación CIE X. La prescripción de medicamentos y/o de insumos médicos de uso normatizado o de alternativa terapéutica se hará bajo normas específicas entregadas por el Instituto. Deberá conocer las bandas de cobertura para la provisión de medicamentos y las normativas vigentes del INSTITUTO para la accesibilidad a medicamentos por vía de excepción. Cuando el Instituto lo disponga, utilizará el Vademécum institucional para el 1º Nivel de Atención y orientará a los afiliados respecto de los precios vigentes por medio de los listados actualizados que oportunamente proveerá la institución.

Solicitará interconsultas por escrito a los especialistas de II Nivel. En caso de tomar conocimiento que el beneficiario no accede a esta interconsulta en un plazo de hasta siete (7) días, deberá notificar dicha demora a la UGL.

Solicitará los exámenes complementarios de laboratorio, radiología y ecografía habilitados para el I Nivel de atención, haciendo respetar las pautas contractuales en sus aspectos prestacionales, a favor de una intervención oportuna para la realización eficaz del diagnóstico y seguimiento de los beneficiarios a su cargo. Estará obligado a comunicar inmediatamente a la Coordinación local o regional de la UGL, el no cumplimiento de las mismas, con el objeto de su resolución. Al respecto el I.N.S.S.J.P pondrá dichas pautas a disposición de los profesionales.

Solicitará internación en el II Nivel de atención utilizando y exigiendo los medios para una correcta referencia y contrarreferencia.

A tal fin recibirá el listado de prestadores y efectores integrantes de todos los niveles y la nómina de prestaciones incluidas y excluidas en los convenios vigentes con esos prestadores. También recibirá el listado y la descripción de los programas socio-sanitarios de EL INSTITUTO para la complementación con los programas médico-asistenciales.

Deberá comunicarse con el/los profesional /es tratante /es -y solicitar informes- de afiliados portadores de patologías crónicas asignados a su padrón (pacientes en programa de trasplante, pacientes en plan de diálisis crónica, pacientes con HIV y /u otros) a fin de definir en forma conjunta protocolos diagnósticos y tratamientos INTEGRALES.

Llevará obligatoriamente una Historia Clínica Única por cada afiliado, cuyo diseño será definido y comunicado por el I.N.S.S.J.P y que deberá estar en

forma permanente a disposición del Instituto y presentada de manera inmediata a cada requerimiento de éste.

La omisión de consignar los datos correspondientes o demorar o no entregar la historia clínica a requerimiento del Instituto, constituirá falta grave que lo facultará a EL INSTITUTO a aplicar las penalidades indicadas en el Reglamento.

Deberá constar la identidad del beneficiario, número de documento, número de beneficio, fecha de nacimiento, domicilio completo, teléfono, datos de persona responsable a quien avisar en caso de necesidad o urgencia, fecha y motivo de cada consulta, diagnóstico, tratamientos indicados, medicación con posología, convocatoria a nuevas consultas, citaciones a las que no concurre el afiliado, exámenes y prácticas médicas indicadas, copia de los resultados de las interconsultas, epicrisis enviadas por el II Nivel en el caso de internaciones y cualquier otro dato que permita el seguimiento y debido control de las prestaciones brindadas, programadas a futuro y/o indicadas al beneficiario. En todos los casos deberá consignarse firma y sello del médico actuante.

Solicitará al INSTITUTO los elementos ortésicos y de ayuda externa requeridos por los beneficiarios incluidos en su padrón (apoyos diversos para la marcha, sillas de ruedas, bolsas para ostomizados, pañales, etc.), recetados por el especialista; y controlará su uso.

Solicitará traslados de emergencia y programados, según la normativa que EL INSTITUTO determine.

Solicitará la epicrisis al II Nivel de atención en casos de internación.

Deberá conocer los programas promocionales y preventivos dispuestos por el Instituto y realizará la capacitación que éste determine.

Programará acciones de prevención en los Centros de Jubilados y Pensionados de su área y toda otra actividad que pueda favorecer o mejorar la calidad de vida de los beneficiarios.

Desarrollará las acciones de prevención y promoción de la salud de acuerdo a los Programas del Instituto o en el marco de lo establecido por la Autoridad Sanitaria jurisdiccional.

Informará a la UGL cualquier desempeño no acorde a la calidad prestacional deseable de la que tenga conocimiento por parte de otros efectores integrantes del sistema prestacional, a través de la Coordinación Local o Regional del I Nivel de Atención para la adopción de medidas correctivas necesarias por parte de cada UGL.

Deberá informar a la Unidad de Gestión Local (UGL) todo cambio de domicilio profesional y/o de días y horarios de atención con no menos de quince (15) días de anticipación.

En caso de solicitud de licencia, propondrá un médico reemplazante, con una anticipación no menor a treinta (30) días corridos.

Dicho profesional deberá acreditar las mismas condiciones establecidas para el Médico de Cabecera titular y atenderá dentro del área geográfica en la que se encontrare el consultorio del Médico de Cabecera a reemplazar.

La designación de un reemplazante no implicará la cesión de los derechos y obligaciones del Médico de Cabecera titular.

Facilitará la realización de auditorias por parte del INSTITUTO, garantizando el libre acceso a sus dependencias de la /s persona /s designada /s a tal efecto. De cada auditoria siempre se labrará un acta en la que se dejará constancia del objeto de la misma y de sus resultados. Dicha acta será suscripta por el médico auditado y/o su personal y/o testigos designados ad hoc. La misma tendrá eficacia incluso en caso de negativa a conformarla por parte del Médico de Cabecera.

Presentará ante el INSTITUTO la información estadística completa que éste determine en formato gráfico y/o informático.

Será evaluado periódicamente por el Instituto, con la frecuencia que éste determine, en el uso de protocolos, normativas de diagnóstico y tratamiento, desarrollo de actividades de prevención y promoción, elaboración de historias clínicas, cumplimiento de la capacitación obligatoria antes requerida y además en el estado de su planta física, equipamiento y funcionalidad.

Reportará funcionalmente a la Unidad de Coordinación del Primer Nivel Local (Agencia) y/o Regional (UGL), con la que organizará las actividades de promoción y prevención y aquellas inherentes al desarrollo de la participación comunitaria; articulará con el resto de médicos de cabecera y Equipos Interdisciplinarios dependientes de la misma UGL; elevará según pautas predeterminadas la información de su población a cargo y colaborará activamente en la producción dinámica del diagnóstico socio-sanitario de la Región.

**CUPO:**

El Instituto considera óptimo un máximo de 700 beneficiarios por Médico de Cabecera con el objeto de salvaguardar la relación médico paciente. Podrá contar con menos de 200 beneficiarios en su población a cargo, en las zonas en las que lo justifiquen la dispersión y/o baja densidad poblacional.

## **ATENCIÓN DE LABORATORIO BIOQUIMICO DE I NIVEL**

### **SERVICIOS Y PRÁCTICAS INCLUIDAS**

El modelo se basa en la atención brindada por el Laboratorio Bioquímico de I Nivel incorporando conceptos de la atención primaria de la salud, bajo la supervisión del I.N.S.S.J.P. quien garantiza la integralidad de la asistencia.

El Primer Nivel de atención comprende laboratorios que resuelven determinaciones de baja y mediana complejidad.

Los establecimientos deberán poseer la capacidad técnico operativa para efectuar las determinaciones de baja y mediana complejidad, nomencadas y no nomencadas del Menú Prestacional de I Nivel.

Brindarán los servicios prescritos por los profesionales Médicos de Cabecera, Médicos de Guardia y Especialistas de cualquier nivel, a todo beneficiario ambulatorio: (se refiere a todo beneficiario que no se halle internado en instituciones de atención médica de II y III NIVEL).

Las extracciones y la entrega o recolección de materiales se llevarán a cabo, ya sea en el propio establecimiento o en el domicilio del beneficiario, en el caso que este no pueda deambular o a requerimiento del médico de cabecera, guardia o especialista, debidamente justificado conservando y vigilando las normas de bioseguridad vigentes para el adecuado transporte de las muestras biológicas, precaución que estará indefectiblemente a cargo del prestador.

Garantizarán atención de lunes a viernes de 7 a 19 hs y sábados de 7 a 13hs.

El material descartable o cualquier otro insumo estará incluido en la cápita.

En caso de prácticas solicitadas con carácter de urgente el plazo para la entrega de resultados no deberá exceder las 6 horas.

Los turnos para la realización de prácticas que no revistan carácter de urgente, no deberán exceder los 4 días corridos a partir de la solicitud del mismo.

Deberá conocer los programas promocionales y preventivos dispuestos por el Instituto.

Facilitará la realización de auditorias por parte del INSTITUTO, garantizando el libre acceso a sus dependencias de la /s persona /s designadas a tal efecto. De cada auditoria siempre se labrará un acta en la que se dejará constancia del objeto de la misma y de sus resultados. Dicha acta será suscripta por el profesional bioquímico auditado y /o su personal y/ o testigos designados ad hoc, aunque tendrá eficacia incluso en caso de negativa a conformarla.

Transmitir la información requerida por el INSTITUTO en el formato físico y /o informático y periodicidad que éste determine.

## **MENÚ PRESTACIONAL BIOQUÍMICO DE I NIVEL AMBULATORIO**

660002 acetonurias  
0004 acidimetría gástrica curva de  
660005 ácidos base, estado  
60006 ACTH  
660007 addis, recuento de  
660013 aglutininas anti rh, medio salino albuminoso. Coombs indirecta  
660014 aglutininas del Sistema abo, medio salino albuminoso. Cuantitativo  
660016 alcohol dehidrogenasa – ADH  
660017 alcoholemias  
660018 aldolasa  
660022 amilasemia  
660023 amilasuria  
660025 aminoácidos fraccionados por cromatografía  
660027 aminoaciduria fraccionada por cromatografía  
660028 amniótico liquido células naranjas  
660029 amniótico liquido espectrofotometría test de lislely  
660030 amniótico liquido lecitina esfingomielina  
660031 amonemia  
660034 anhidrasa carbónica b eritrocitaria  
660035 antibiogramas  
660036 antibiogramas bacilo de Koch 7 antibióticos  
660040 anticuerpos antiglomerular inmunofluorescencia  
660041 anticuerpos antimembrana basal inmunofluorescencia  
660042 anticuerpos antimusculo liso inmunofluorescencia  
660043 anticuerpos contra cepa bacteriana aislada  
660044 anticuerpos antifracción microsomal de tiroides  
660046 anticuerpos antitiroglobulina  
660049 antidesoxirribonucleasa – adneasa  
660050 antiestafilolisina  
660051 antiestreptolisinas "O"  
660052 antiestreptoquinasa  
660054 antihialuronidasa  
660055 antimitocondriales. Anticuerpos  
660056 antinucleares anticuerpos  
660057 antitripsina, inmunodifusion cuantitativa  
660058 antitrombina, titulación  
660059 arsénicos  
660060 ascórbico, ácido  
660061 autovacunas  
660101 baciloscopia directa - Ziehl Nielsen  
660102 baciloscopia directa y cultivo  
660103 baciloscopia por inmunofluorescencia  
660104 bacteriología directa Gram  
660105 bacteriología directa cultivo / identificación del germen  
660107 barbitúricos en orina  
660108 Bence-Jones, proteínas de  
660109 bicarbonatos

660110 bilirrubinemia total, directa e indirecta  
660111 bilirrubinuria  
660131 cadena liviana kappa y lambda  
660132 cadmio en orina  
660133 calcemia total  
660134 calcio iónico  
660135 calcio Prueba de la sobrecarga  
660136 calciuria  
660137 calcitonina plasmática  
660138 calculo urinario, examen fisicoquímico  
660139 carbónico anhídrido pcO2  
660140 cariotipo, mapa cromosómico  
660141 caroteno beta de sangre  
660143 catecolaminas libres fraccionadas  
660148 células neoplásicas, líquidos, exudados, trasudados  
660150 cerebrósidos cromatográfico  
660151 ceruloplasmina  
660152 cetogenoesteroides, urinarios  
660154 cetonemia  
660157 17 cetoesteroides neutros totales  
660158 17 cetoesteroides, Prueba o respuesta de los, a la estimulación con ACTH  
660159 17 cetoesteroides, Prueba o respuesta de los, a la inhibición con dexametasona  
660160 17 cetoesteroides, Prueba o respuesta de los, a la inhibición con dexametasona y estimulación con gonadotrofinas coriónicas  
660161 17 cetoesteroides y 17 hidrocorticoides, Prueba o respuesta de los, a la estimulación con acth  
660164 citología vaginal hormonal 1 muestra  
660167 cítrico, ácido  
660168 cloro plasmático  
660169 coagulación y sangría tiempo de  
660170 coagulo retracción del  
660171 coagulograma básico  
660172 cobre en sangre  
660173 cocaína  
660174 colesterol total  
660176 colonias, recuento de  
660177 compatibilidad rhogam sangre materna. Incluye determinación de Du y Coombs indirecta  
660178 compatibilidad sanguínea matrimonial, 2 grupos sistema ABO y 2 genotipos sistema rh  
660179 complemento actividad total  
660180 complemento valoración inmunoquímica, C1q, C15, C3, C4, C5, C7, C8  
660181 concentración de líquidos biológicos  
660182 concentración, Prueba de la función renal  
660184 coombs directa, Prueba  
660185 coombs indirecta cualitativa  
660186 coombs indirecta cuantitativa  
660187 coprocultivo  
660188 coproporfirinas

660190 creatinquinasa - CPK -  
660191 creatina orina o sangre  
660192 creatinina, orina o sangre  
660193 creatinina clearence de depuración  
660194 críoaglutinina  
660195 crioglobulinas  
660196 cromatina sexual  
660241 Chagas aglutinación directa  
660242 Chagas fijación de complemento  
660243 Chagas inmunofluorescencia  
660244 Chagas reacción del látex  
660261 Davidson diferencial Prueba  
660262 dehidroepiandrosterona  
660263 dermatofitos intradermorreacción  
660266 dilución, Prueba de la función renal  
660269 disacaridasas  
660293 embarazo reacción inmunológica para  
660295 eosinófilos recuento de  
660296 eritroblastos porcentaje de  
660297 eritrosedimentación  
660298 espermograma  
660299 estriquina, en líquidos biológicos  
660300 estradiol plasmático  
660301 estriol urinario  
660302 estriol plasmático  
660304 estrógenos totales  
660305 estrona plasmática  
660307 etanol toxico en sangre  
660308 euglobulinas test de  
660309 exudado nasofaríngeo investigación de loeffer  
660331 factor de coagulación V  
660332 factor de coagulación VII  
660333 factor de coagulación VIII  
660334 factor de coagulación IX  
660335 factor de coagulación X  
660336 factor de migración linfocitaria MIF  
660337 fenilalanina  
660338 fenilcetonuria  
660340 fenilpirúvico ácido cuantitativo en orina  
660342 fenotiazinas  
660343 ferremia  
660344 fibrina productos de degradación - PDF -  
660345 fibrinógeno en sangre  
660349 físico químico examen liq.exudados trasudados, incluye....  
660350 fluoremia  
660351 fluoruria  
660352 fólico ácido microbiológico  
660353 fondo oscuro  
660354 formula leucocitaria  
660355 fosfatasa ácida prostática

660356 fosfatasa ácida total  
660357 fosfatasa alcalina  
660358 fosfatasa alcalina citoquímica gomori  
660359 fosfatasa alcalina citoquímica Kaplow  
660360 fosfatasa alcalina termoestable  
660361 fosfatasa alcalina - isoenzimas  
660362 fosfatemia  
660363 fosfaturia  
660364 fosfo-exosa-isomerasa  
660365 fosfolipidos  
660366 fósforo clearance depuración  
660367 fósforo reabsorción tubular  
660368 fragmento FAB FC  
660369 Frei, intradermorreacción de  
660371 FTA/ABS inmunofluorescencia  
660373 funcional examen materia fecal  
660401 galactosa, Prueba de la  
660402 galactosemia  
660403 galactosuria  
660404 gases en sangre pCo2 y pO2  
660409 glóbulos blancos recuento  
660410 glóbulos rojos recuento  
660411 glucagón test del  
660412 glucemia  
660413 glucemia curva de  
660415 glucógeno, citoquímico  
660416 glucoproteinograma  
660417 glucosa 6-fosfatodehidrogenasa  
6660419 glutamato dehidrogenasa  
660420 glutamil transpeptidasa  
60422 glutatión reductasa  
660428 gonococos por inmunofluorescencia  
660429 gota gruesa  
660430 graham test  
660432 grasas materia fecal cuantitativo  
660433 grupo sanguíneo  
660463 haptoglobina  
660464 Heins cuerpos de  
660465 hematies, resistencia globular osmótica  
660466 hematocrito  
660467 hemoaglutinógenos a2 c/u  
660468 hemocultivo aerobios anaerobios c/u  
660470 hemoglobina dosaje de  
60418 glucosa 6-fosfato  
660471 hemoglobina electroforesis  
660472 hemoglobina en plasma  
660474 hemoglobina álcali resistente  
660475 Hemograma  
660476 hemolisinas en caliente  
660477 hemolisinas en frío

660478 hemopexina  
660479 hemosiderina  
660480 heparina resistencia  
660481 Hepatograma completo  
660483 hidatidosis hemoaglutinación  
660484 hidatidosis test del látex  
660485 hidratos de carbono cromatografía  
660486 17-hidrocorticoides  
660487 hidroxindolacético ácido  
660488 hidroxiprolinuria  
660489 hiperheparinemia  
660490 histoplasmina  
660492 homogentísico ácido orina  
660493 Hubbner test de  
660494 Huddleson reacción de  
660531 mycobacterium, identificación  
660532 identificación serológica de gérmenes  
660534 indoxilemia  
660535 inmunoelectroforésis  
660536 inmunoelectroforésis líquido  
660537 inmunoglobulina A  
660538 inmunoglobulina D  
660539 inmunoglobulina E  
660540 inmunoglobulina G  
660541 inmunoglobulina M  
660542 insulina clearance  
660546 ionograma plasmático  
660547 ionograma urinario  
660548 isocítrico dehidrogenasa  
660591 lactamínico ácido  
660592 láctico ácido enzimático  
660593 láctico ácido en materia fecal  
660594 láctico dehidrogenasa LDH  
660596 LDH isoenzimas  
660597 lactógeno placentario / somatomamotrofina  
660598 látex artritis reumatoide  
660600 látex leptospiras  
660602 látex triquinosis  
660603 lazo Prueba del  
660606 leucinaminopeptidasa  
660607 leucoaglutinación inhibición de  
660608 leucoaglutininas método directo  
660609 leucoprecipitinas  
660610 levulínico delta amino ácido  
660611 levulínico dehidrasa  
660613 lipasa en sangre  
660615 lipidograma electroforético  
660616 lípidos cromatografía  
660618 lipoproteinlipasa  
660620 Líquido de punción físico  
660619 Líquido Cefalo Raquídeo

660621 lisina vasopresina test  
660622 listerias  
660623 litio  
660652 macroglobulina alfa2, inmunodifusion cuantitativa  
660653 magnesio en sangre  
660654 magnesio en orina  
660656 mantoux intradermo-reacción  
660657 medulograma  
660658 melanina en orina  
660660 mercurio screening  
660662 metanefrinas  
660663 metanol en orina  
660664 micología directo o coloración  
660665 micología cultivo e identificación  
660667 moco cervical cristalización  
660668 moco nasal ph citológico  
660669 mononucleosis test del látex o monotest  
660670 mononucleosis hemoaglutinación  
660671 mononucleosis hemolítico-pe terzón  
660672 monóxido de carbono  
660673 morfina o derivados en líquidos biológicos  
660674 polisacáridos  
660675 mucoproteínas  
660702 5-nucleotidasa  
660711 orina completa  
660713 orosomucoide, inmunodifusión cuantitativa  
660714 osmolaridad clearance  
660715 osmolaridad suero  
660716 oxígeno sangre po2  
660734 papanicolau endo y exocervical  
660736 parasitológico seriado  
660737 parásitos hemáticos  
660738 parásitos superiores  
660739 parathormona plasmática por RIE  
660740 peroxidasas  
660741 pH  
660742 ph en sangre titulación  
660743 piruvato-quinasa  
660744 pirúvico ácido enzimático  
660745 plaquetarios factores  
660746 plaquetas recuento de  
660747 plasma recalcificado  
660748 plasminógeno  
660749 plomo en orina  
660751 porfirinas en orina  
660752 porfobilinógeno en orina  
660753 potasemia  
660754 potasuria  
660755 pregnanodiol  
660756 pregnantriol

660760 proteico clearance  
660761 proteína c reactiva  
660763 proteínas totales  
660764 proteinograma acetato  
660766 proteinogramas líquidos  
660767 proteinuria  
660768 protoporfirinas  
660769 protrombina consumo de  
660770 protrombina owren o ducket  
660771 protrombina tiempo de  
660772 pseudocolinesterasa  
660801 quimiotripsina  
660812 renina-angiotensina plasmática por RIE  
660813 factor rh  
660814 Rh factor c grande  
660815 Rhfactor c chica  
660816 Rh factor e grande  
660817 Rh factor e chica  
660818 Reticulocitos recuento de  
660820 Rosse Ragan Prueba  
660831 salicilatos  
660832 salmonella anticuerpos inmunofluorescencia  
660833 Sangre Oculta en Materia Fecal  
660834 secretina test de la  
660835 serotonina  
660837 siderofilina capacidad  
660838 sims-hubbener test de  
660839 sodio sangre u orina cada  
660845 sorbitol dehidrogenasa  
660846 subtipo A2 determinación  
660847 sudor test de  
660848 sulfas en sangre  
660862 talio en orina  
660864 Thorn Prueba de  
660868 tolbutamida Prueba de  
660870 toxoplasmosis hemoaglutinación  
660871 toxoplasmosis IFI  
660872 toxoplasmosis reacción Sabin Feldman  
660873 transaminasa glutámico  
660874 transaminasa piruvica  
660875 transferrina  
660876 triglicéridos  
660879 trombina Prueba  
660880 trombina tiempo de  
660887 TTPC tiempo de tromboplastina KPTT  
660901 urea clearance  
660902 Uremia  
660903 uretral exudado o flujo  
660904 uricemia  
660905 úrico ácido en orina

660907 urocitograma una muestra  
660931 vaginal exudado o flujo  
660932 vainillín mandélico ácido  
660934 VDRL cuantitativa  
660935 variante bacteriana  
660936 veronal Prueba del  
660937 vitamina A  
660938 vitamina B12  
660939 vitamina E  
660940 volemia radioquímica  
660953 Widal reacción de  
660971 xilosa-d Prueba de la  
660981 zinc eritrocitario  
660982 zinc sérico

**Quedan comprendidos dentro de los Análisis Bioquímicos, todas las determinaciones Nomencladas que no figuren en el listado anterior.**

## ANEXO

### FISIOKINESIOLOGÍA I NIVEL

#### REQUISITOS:

El oferente ( persona física o jurídica) presentará, en el lugar y momento que el Instituto determine, el formulario especificado en anexo ....., en el que deberá constar los datos del / los oferente, días y horarios de atención, número de póliza de seguro de mala praxis y de responsabilidad civil con indicación del periodo de cobertura.

Los profesionales acreditarán aptitud psicofísica ( extendida por establecimientos públicos), título habilitante ( Fisiatras, Kinesiólogos), matrícula profesional, currículum vitae y residencia en la zona.

Brindarán sus servicios en gabinetes y/o consultorios y/o instituciones que cumplan con los requisitos de la autoridad sanitaria jurisdiccional y las guías de admisión del INSTITUTO.

Realizará / n su actividad profesional a los beneficiarios del INSTITUTO, por prescripción de profesionales de atención primaria ambulatoria (médico de cabecera), ya sea en su lugar de atención habitual o en el domicilio del afiliado.

El plazo para la realización de las prácticas no deberá exceder como máximo (7) días corridos a partir de solicitado el turno.

Presentarán un informe mensual, en el formato gráfico y/ o informático que el INSTITUTO determine, con la identificación de los beneficiarios atendidos (nombre, apellido y N° de beneficio), tipo de práctica realizada especificando si se realizó en la institución o en el domicilio, más cualquier otro dato que se le solicitare.

[Transmitir la información requerida por el INSSJP en el formato físico y/o informático y periodicidad que este determine](#)

Informara a la UGL, cualquier desempeño no acorde a la calidad prestacional deseable de la que tenga conocimiento, en los demás efectores integrantes del sistema prestacional para la adopción de medidas correctivas necesarias por parte de cada UGL.

Deberá informar a la Unidad de Gestión Local ( UGL) todo cambio de domicilio profesional y / o de días y horarios de atención, con no menos de quince (15) días de anticipación.

Facilitará la realización de auditorias por parte del INSTITUTO, garantizando el libre acceso a sus dependencias de la / s persona / s designadas a tal efecto. De cada auditoria se labrará un acta en la que se dejará constancia del objeto de la misma y de sus resultados. Dicha acta será suscripta por el responsable

del servicio auditado, y / o su personal y / o testigos designados ad hoc, aunque tendrá eficacia incluso en caso de negativa a conformarla.

El servicio será evaluado periódicamente por el INSTITUTO. Con la frecuencia que éste determine en su planta física, equipamiento y funcionalidad.

**Quedan incluidas todas las prácticas de Fisiokinesioterapia correspondientes al tratamiento de las afecciones agudas o reagudizadas de los pacientes ambulatorios, derivados de los profesionales de atención primaria mencionados.**

### **MENÚ PRESTACIONAL FISIOKINESIOLOGIA DE I NIVEL AMBULATORIO**

250101 fisioterapia

250102 kinesiología

250103 terapia ocupacional

250104 rehabilitación del lenguaje

250106 kinesiología o fisiatría a domicilio

**CENTROS DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES DE I NIVEL  
(BAJA Y MEDIA COMPLEJIDAD)**

**DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES AMBULATORIO:**

**Incluye:** Radiología no contrastada y contrastada de baja y media complejidad  
- Ecodiagnóstico de baja y media Complejidad –Mamografía

**Menú Prestacional I Nivel Diagnóstico por Imágenes**

**Ecografías**

- 180104 ecografías toco ginecológica sin transductor vaginal
- 180106 ecografía mamaria bilateral
- 180110 ecografía tiroidea
- 180111 ecografías de testículos
- 180112 ecografía completa de abdomen
- 180113 ecografías hepato biliar, esplénica o torácica
- 180114 ecografías de vejiga o próstata sin transductor rectal
- 180116 ecografía renal bilateral
- 180118 ecografía pancreática o suprarrenal
- 186001 ecografías de partes blandas

Transmitir la información requerida por el INSSJP en el formato físico y/o informático y periodicidad que este determine

**Radiología**

- 340101 radioscopia simple
- 340102 radioscopias con intensificador de imagen
- 340201 radiologías del cráneo, cara, senos paranasales o cavum
- 340203 radiología temporal o agujeros ópticos, comparativos
- 340204 radiología articulación temporomandibular
- 340205 ortopantomografí (panorámica de cara o cráneo)
- 340207 telerradiografías de cráneo y/o perfil facial
- 340209 radiologías de raquis (columna)
- 340211 radiología hombro, humero, pelvis, cadera y fémur
- 340213 radiología antebrazo, codo, mano, rodilla, pie, pierna, tobillo y pie
- 340214 medición comparativa de miembros inferiores (ortorradiografía)
- 340215 radiología ampliada o macrorradiografía
- 340216 artrografías
- 340301 Radiología tórax
- 340401 sialografía
- 340402 esófago -estudio seriado-
- 340403 radiología seriada gastroduodenal
- 340404 radiología seriada gastroduodenal, técnica doble contraste

340405 radiología seriada esofagogastroduodenal  
340406 duodenografía hipotónica  
340407 radiología tránsito intestino delgado o colon  
340408 radiología seriada ileocecoapendicular  
340409 radiología colon por enema y evacuado  
340411 radiología colon por enema e insuflado  
340412 radiología colon por enema evacuado y doble contraste  
340413 colecistografía oral incluye Prueba de evacuación  
340414 colecistografía endovenosa incluye Prueba de evacuación  
340421 radiología simple de abdomen  
340501 radiología simple de árbol urinario  
340502 urograma excretor pielografía descendente  
340503 urograma excretor con estudio vesical pre y postmiccional  
340504 urograma minutado o por goteo pielografía por perfusión

Los servicios de diagnóstico por imágenes ambulatorio, serán realizados en los establecimientos de dicha especialidad, que reúnan los requisitos exigidos por la autoridad competente y que cumplan con lo establecido en las guías de admisión del INSTITUTO o en el domicilio del beneficiario, a requerimiento del médico de cabecera, guardia o especialistas, debidamente justificado.

Los establecimientos deberán estar distribuidos adecuadamente en el ámbito geográfico y en relación con el número de beneficiarios, pudiendo desarrollar su actividad en policlínicos.

Garantizarán atención de lunes a viernes de 7 a 19 hs.

Los establecimientos brindarán los servicios prescritos por los profesionales médicos de cabecera, médicos de guardia y especialistas de cualquier nivel.

Deberán presentar un informe mensual, en el formato gráfico y/o informático que la misma determine, con la identificación de los beneficiarios atendidos (nombre y apellido y N° de beneficio), tipo de práctica realizada, especificando si se realizó en la institución o en domicilio, más cualquier otro dato que se le solicite.

Transmitirán la información requerida por el INSSJP en el formato físico y/o informático, con la periodicidad que este determine.

El material descartable, sustancias de contraste, medicamentos o cualquier otro insumo, así como la participación de profesionales concurrentes, estarán incluidos en la prestación.

El plazo para la realización de los exámenes complementarios, no deberá exceder para la urgencia, las 24 horas de solicitado el turno, para los requerimientos no urgentes, tendrán un plazo máximo de cuatro (4) días corridos a partir de solicitado el turno.

Informará a la UGL, cualquier desempeño no acorde a la calidad prestacional deseable de la que tenga conocimiento, en los demás efectores integrantes del sistema prestacional para la adopción de medidas correctivas necesarias por

parte de cada UGL.

Deberá informar a la Unidad de Gestión Local (UGL) todo cambio de domicilio prestacional y /o de días y horarios de atención, con no menos de quince (15) días de anticipación.

Facilitará la realización de auditorias por parte del INSTITUTO, garantizando el libre acceso a sus dependencias de la /s persona /s designadas a tal efecto .De cada auditoria se labrará un acta en la que se dejará constancia del objeto de la misma y de sus resultados. Dicha acta será suscripta por el responsable de la institución auditada, y/ o su personal y/ o testigos designados ad hoc, aunque tendrá eficacia incluso en caso de negativa a conformarla.

El prestador será evaluado periódicamente por el Instituto, con la frecuencia que éste determine, en su planta física, equipamiento, funcionalidad y normas de calidad.

### **CUPO:**

El Instituto considera óptimo un máximo de 5000 beneficiarios por Centro con el objeto de brindar una adecuada y accesible atención, salvo en las zonas en las que la dispersión y /o baja densidad poblacional lo justifiquen.

### LUGAR DE ACTUACION

Su actuación se desarrollará en los siguientes ***lugares***:

- En la unidad asistencial (Uno o más centros asociados), donde darán respuesta a los estudios programados y no programados
- En los domicilios de los beneficiarios, o residencias para Adultos Mayores o establecimientos de internación psiquiátrica, cuando sea posible y esté indicado.

### **MODALIDAD OPERATIVA:**

**Cuando la situación lo determine se instalarán Equipos Itinerantes u otras modalidades que posibiliten la accesibilidad a las familias en condición de aislamiento. Ello deberá ser definido por la Coordinación de cada Agencia.**

*Para la asignación de población de beneficiarios a Uno o más centros asociados se tendrá prioritariamente en cuenta el criterio sanitario, contemplando en primer instancia la accesibilidad geográfica de los Beneficiarios, a los servicios, por encima de las divisiones jurisdiccionales.*

## ANEXO

### MENÚ PRESTACIONAL DEL II NIVEL DE ATENCIÓN

#### SERVICIOS Y PRÁCTICAS INCLUIDAS

El segundo nivel de atención se integra con:

- Consulta médica de especialistas
- Prácticas especializadas de diagnóstico y tratamiento
- Internación: clínica, obstétrica, quirúrgica, de urgencia y programada institucional
- Internación domiciliaria para agudos (optativa)
- Traslados programados para acceder a nivel III y regreso domiciliario en caso de ser necesario.
- Atención de urgencias y traslados no programados.

Se adecuará el desempeño profesional en consonancia con el manual operativo del modelo socio sanitario aprobado por Resolución 043/03 del I.N.S.S.J.P y las guías de orientación diagnóstica protocolizadas por el Ministerio de Salud de la Nación y /o los establecidos por el I.N.S.S.J.P para la atención de las patologías prevalentes.

#### MODALIDADES AMBULATORIAS

- Consulta médica de especialistas.
- El acceso a la consulta de los médicos especialistas de segundo nivel, es únicamente por derivación de los médicos de I nivel y médicos de guardia del sistema prestacional del INSTITUTO.
- Prácticas especializadas de diagnóstico y tratamiento, no previstas en atención primaria ambulatoria.
- Fisiokinesioterapia y fonoaudiología para pacientes agudos o reagudizados luego del alta de internación hasta treinta sesiones (30) desde la indicación inicial, con tres sesiones semanales.
- Medicamentos: Deben prescribirse de acuerdo a las Leyes Nacionales vigentes El prestador deberá cumplir con las disposiciones presentes y / o futuras relacionadas con: La prescripción de uso (formulario terapéutico ambulatorio Pami) Los profesionales prescriptores colocarán en la receta el diagnóstico de

certeza o problema sintomático de salud a través de codificación CIE X - CISAP. La prescripción de medicamentos de uso normatizado o de alternativa terapéutica, será bajo normas específicas, que serán entregadas por el Instituto.

## **MODALIDADES EN INTERNACIÓN**

- Internación clínica, quirúrgica, obstétrica, de urgencia y programada con acceso, cuando su patología o su estado así lo requiera, a la unidad de cuidados intensivos correspondiente (terapia intensiva, unidad coronaria, unidad de terapia intermedia, unidad de cuidados intensivos neonatal)
  - Quedan incluidos en los servicios a brindar por el prestador: insumos, honorarios profesionales (comprenden también honorarios de anestesia), derechos, pensión, gastos, prácticas de laboratorio, hemoterapia, diálisis de insuficiencia renal aguda, radiología y material de contraste, fisioterapia, ecodiagnóstico, anatomía patológica, endoscopias de todo tipo, laparoscopias diagnósticas y terapéuticas, interconsultas a distintas especialidades y toda otra práctica diagnóstica o terapéutica que sea necesaria brindar al paciente en este nivel asistencial, excepto las taxativamente excluidas.
- Queda incluida la provisión de quirófano, anestesista y monitoreo, para la resolución de las prácticas odontológicas que deban ser realizadas bajo anestesia general, estando la realización de la práctica operatoria a cargo del odontólogo.
  - Se establece además que la cobertura del paciente implica los estudios y prácticas especializadas necesarias para arribar a un diagnóstico de certeza o efectuar un tratamiento, salvo aquellas que se hallen específicamente excluidas.
  - Los establecimientos garantizarán la adecuada cobertura en internación de los pacientes con patologías infecciosas y /o inmunosuprimidos que requieran aislamiento.
  - Radiología y laboratorio, en este nivel de atención, incluyen todas las determinaciones nombradas y no nombradas aprobadas por el Ministerio de Salud de la Nación.
  - Las prácticas kinesiológicas instrumentales (fisioterapia) y / o manuales (kinesiología) que fuera necesario practicar durante la internación de los pacientes se consideran comprendidas dentro del presente nivel de atención y en consecuencia a cargo del efector.
  - Quedan incluidos asimismo todos los medicamentos, anestésicos en general,

oxígeno y demás gases medicinales, sangre y hemoderivados, cristaloides y expansores plasmáticos, alimentación enteral y parenteral, material descartable (incluido pañales y bolsas de colostomía), de curación y sutura que el beneficiario requiera mientras permanezca internado.

- Quedan incluidas las internaciones por tratamientos de quimioterapia, incluyendo el material descartable a utilizar y el tratamiento antiemético o de otras complicaciones, aún en la modalidad de oncología de tratamiento ambulatorio y /o de hospital de día.
- Estará a cargo del prestador la colocación y /o el implante de elementos protésicos a los beneficiarios internados. El implante de éstos, deberá certificarse ante el Instituto, según las normas que el mismo establezca.
- Los elementos protésicos serán solicitados a quien indique el Instituto.
- La inmediatez asistencial y la disponibilidad de los recursos necesarios, deberán tener vigencia permanente en el servicio de guardia, las 24 horas del día, en forma activa, en el establecimiento con internación.
- El servicio de guardia del prestador de este Nivel deberá reunir las condiciones edilicias y de recursos humanos para cubrir las 24 horas. Además contará con el equipamiento necesario para la atención de las emergencias.

LOS PRESTADORES DE ESTE NIVEL DEBERÁN ATENDER EN CASOS DE URGENCIA, DEBIDAMENTE JUSTIFICADA, A LOS BENEFICIARIOS EN TRÁNSITO QUE NO SE ENCUENTREN INCLUIDOS EN SU PADRÓN FACTURANDO SU ATENCIÓN AL INSTITUTO, A LOS VALORES POR ÉSTE ESTABLECIDOS.

**Quedan incluidas en el II Nivel de atención las siguientes prácticas:**

- Colocación de marcapasos cardíacos, con provisión de marcapaso transitorio.
- Procedimientos quirúrgicos intracavitarios (incluye cirugía laparoscópica, torascopías)
- Cirugías plásticas reparadoras
- El enfermo Quemado hasta el 30 % de superficie corporal será asistido por el prestador.
- El enfermo Gran Quemado (más del 30 % de superficie corporal) será asistido por el prestador hasta lograr su derivación a un Centro de Referencia adecuado a su patología.

**INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN DE PACIENTES BAJO PROGRAMAS ESPECIALES:**

Ante el requerimiento de atención ambulatoria especializada o de internación por

patología aguda de pacientes dializados, en programa de trasplantes, psiquiátricos y /o discapacitados, portadores de HIV, los prestadores de II Nivel deberán atenderlos y resolver definiendo los protocolos de diagnóstico y tratamiento en forma conjunta con los especialistas tratantes de sus patologías crónicas.

Dicha atención deberá ser notificada al INSTITUTO y al responsable de su cobertura extracápita.

**LOS PRESTADORES DE ESTE NIVEL DEBERÁN ATENDER EN CASOS DE URGENCIA, DEBIDAMENTE JUSTIFICADA, LOS BENEFICIARIOS EN TRÁNSITO QUE NO SE ENCUENTREN INCLUIDOS EN SU PADRÓN FACTURANDO SU ATENCIÓN AL INSTITUTO, A LOS VALORES POR ÉSTE ESTABLECIDOS.**

#### **TRASLADO DE PACIENTES:**

- En caso que el paciente requiera por su patología y para la atención de la misma, ser trasladado exclusivamente en ambulancia, el servicio, deberá ser brindado por EL PRESTADOR de II Nivel responsable de su atención (incluye el traslado del Gran Quemado)
- Los traslados programados y no programados de beneficiarios por derivación a un tercer efector del mismo nivel de complejidad, y sus eventuales estadías (alojamiento y alimentación) estarán a cargo de EL PRESTADOR. No incluye acompañantes.
- La atención de pacientes de urgencia y / o emergencia domiciliaria y los traslados programados y no programados, estarán a cargo de EL PRESTADOR. En las UGLs VI, VIII, X, XXIX y XXXV será responsabilidad de la DAMNP la atención de pacientes de urgencia y / o emergencia domiciliaria y los traslados originados en prestaciones y servicios excluidos de la presente.
- Los traslados de un PRESTADOR a otro, por prestaciones incluidas en el presente menú prestacional, estarán a cargo de EL PRESTADOR derivante.
- Los traslados generados por egresos vivos en la internación, quedarán a cargo del PRESTADOR que otorga el alta médica.

#### **AUDITORIAS:**

**El I.N.S.S.J.P se reserva el derecho de auditar, evaluar y supervisar todas las obligaciones asumidas por el prestador, en especial con relación a LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN, PROCESO –RESULTADO, como las vinculadas con la estructura física, equipamiento, tecnología y recursos humanos.**

**A tal fin el prestador deberá garantizar el libre acceso de los profesionales y auditores del Instituto o de cualquier otro profesional que éste designe.**

**Cada prestador estará obligado a brindar la información prestacional que le requiera el INSTITUTO, en el formato, soporte físico y /o informático que el INSTITUTO determine, con la periodicidad que a tal efecto se establezca**

**PRESTACIONES, SERVICIOS E INSUMOS EXCLUIDOS DE LA COBERTURA DE LOS PRESTADORES DE II NIVEL, SALVO CONVENIO ADICIONAL QUE LAS INCORPORE**

- Medicina Nuclear
- Tomografía Axial Computada: simple, contrastada y procedimientos asociados
- Ecodiagnóstico de alta complejidad
- Litotricia Renal
- Procedimientos Artroscópicos
- Procedimientos Neurológicos Especiales (potenciales evocados, mapeos cerebrales, etc.)
- Densitometría ósea
- Terapia Radiante (braquiterapia, telecobaltoterapia y acelerador lineal, incluida 3D)
- Resonancia Nuclear Magnética: simple, contrastada y procedimientos asociados.
- Procedimientos hemodinámicos, centrales y periféricos
- Cirugía Vascul ar periférica venosa y arterial
- Angioplastías transluminales, centrales y periféricas
- Cirugía Cardiovascular central, con y sin circulación extracorpórea
- Neurocirugía intracraneana y medular
- Estudios electrofisiológicos
- Ablación de focos ectópicos mediante catéter por termo o radiofrecuencia
  - Prestaciones oftalmológicas.

- El enfermo Gran Quemado (más del 30 % de superficie corporal) **a partir de su ingreso a un Centro de Referencia adecuado a su patología.**
- La diálisis de pacientes renales crónicos incluidos en el padrón de dializados de EL INSTITUTO, así como sus traslados correspondientes
- Los trasplantes de órganos, así como los estudios pretransplante y seguimiento específico del transplantado.
- Cámara hiperbárica.
- Cirugías plásticas no reparadoras (estéticas).
- Cirugías estereotáxicas.
- Embolizaciones cerebrales.
- Leucoféresis y/o plaquetoféresis.
- Los servicios odontológicos (salvo cirugías máxilo faciales y las detalladas en el ítem SEGUNDO NIVEL CON INTERNACIÓN, así como la prácticas diagnósticas requeridas por los pacientes –biopsia, RMN, TAC, etc)
- Servicios de salud mental en todas sus modalidades
- La oxigenoterapia domiciliaria, salvo que se brinde a pacientes agudos por el régimen de internación domiciliaria a cargo de los efectores, como alternativa a la internación en establecimientos de Nivel II.
- Las patologías derivadas de accidentes de trabajo incluidas en la cobertura de ART.
- Fertilización asistida.
- Disfunciones sexuales.

Se EXCLUYE de la cobertura a cargo de los prestadores la provisión de los elementos siguientes, salvo convenio adicional que las incorpore:

- Marcapasos cardíacos definitivos de todos los tipos.
- Cardiodesfibriladores implantables.
- Implantes cocleares.
- Bombas de infusión implantables.
- Medicación oncológica.
- Medicación relacionada con el transplante órganos, incluida medicación inmunosupresora.
- Medicación específica (Antirretrovirales) para portadores de HIV.
- Medicación específica para los pacientes hemofílicos.
- Medicación específica para el tratamiento de tuberculosis y lepra.
- La provisión de elementos de óptica y audífonos.
- La provisión de prótesis, implantes e insumos especiales para su colocación.
- Elementos de rehabilitación (ortesis y elementos de ayuda externa, apoyos diversos para la marcha, calzado ortopédico, sillas de ruedas, etc.).
  - Endoprótesis aortica
  - Stent coronarios con drogas
  - Stent vasculares periféricos
  - Sistema para cierre de ductus por via endovascular
  - Sistema para cierre de canal interauricular (CIA) por vía endovascular
  - Injertos y sustitutos óseos
  - Steri Drape - U Drape
  - Sistema de protección cerebral para procedimientos endovasculares
  - Filtros de vena cava
  - Stent para tratamientos de estenosis uretrales, de vías biliares y esofágicas, sets de drenajes, sets de ligaduras para várices esofágicas.
  - Sling y esfinter artificial para incontinencia de orina.
  - Marcapasos cardíaco definitivos de todos los tipos.

- Cardiodesfibriladores.
- Implantes cocleares
- Bombas de infusión implantables
- Elementos de óptica, audífonos y válvulas de Fonación
- Prótesis bioeléctricas y miogénicas.
- Elementos de Fisiatría y Rehabilitación y elementos de ortesis.
- Toda otra prótesis o implante que el Instituto provea a través del/los prestador/es que contrate en sustitución de la Contratación Directa N° 014/04.

Toda práctica, prótesis o implante no abarcada por los supuestos precedentemente enumerados, estará a cargo del prestador de Nivel II.

### **EXCLUSIONES ABSOLUTAS**

El Instituto no reconocerá ni brindará cobertura para procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como la prescripción y / o utilización de insumos asistenciales, incluidos medicamentos, que se encuentren en etapa de experimentación en cualquiera de sus fases.

Las prestaciones con cobertura detalladas en el presente, son las expresamente reconocidas como válidas por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Toda prestación que no haya sido expresamente excluida en el presente pliego, en caso de duda, se entenderá que la misma se haya incluida.

**MENÚ PRESTACIONAL DEL  
III NIVEL DE ATENCIÓN**

**ALTA COMPLEJIDAD**

**SERVICIOS Y PRÁCTICAS INCLUIDAS**

La alta complejidad - III NIVEL - incluye los siguientes servicios:

- Medicina Nuclear
- Análisis Clínicos de Alta Complejidad. Laboratorio
- Tomografía Axial Computada: simple, contrastada y procedimientos asociados
- Ecodiagnóstico de alta complejidad
- Litotricia Renal
- Procedimientos Artroscópicos
- Procedimientos Neurológicos Especiales (potenciales evocados, mapeos cerebrales, etc.)
- Densitometría ósea
- Terapia Radiante (braquiterapia, telecobaltoterapia y acelerador lineal, incluida 3D)
- Resonancia Nuclear Magnética: simple, contrastada y procedimientos asociados.
- Procedimientos hemodinámicos, centrales y periféricos
- Cirugía Vascul ar periférica venosa y arterial
- Angioplastías transluminales, centrales y periféricas
- Cirugía Cardiovascular central, con y sin circulación extracorpórea
- Neurocirugía intracraneana y medular
- Estudios electrofisiológicos
- Ablación de focos ectópicos mediante catéter por termo o radiofrecuencia

Se adecuará el desempeño profesional en consonancia con el manual operativo del modelo socio sanitario aprobado por Resolución 043/03 del I.N.S.S.J.P y las guías de orientación diagnóstica protocolizadas por Ministerio de Salud de la Nación y / o los establecidos por el I.N.S.S.J.P para la atención de las patologías prevalentes.

### III NIVEL

#### **ANALISIS CLINICOS DE ALTA COMPLEJIDAD**

##### **Laboratorio**

660019 aldosterona plasmática RIE  
660020 alfa feto proteínas RIE  
660032 AMP cíclico  
660033 angiotensina I y II por RIE  
660063 anticuerpos anti HIV  
660144 CEA carcinoembriogénico  
660189 cortisol plasmático RIE  
660268 digoxina por RIE  
660370 FSH por RIE  
660405 gastrina plasmática por RIE  
660543 insulinas por RIE alta  
660612 LH por RIE  
660757 Pro-insulina plasmática por RIE  
660758 progesterona plasmática por RIE  
660759 prolactina plasmática por RIE  
660841 somatotrofina Por RIE  
660863 testosterona plasmática por RIE  
660865 TSH tirotrofina plasmática por RIE  
660866 T4 tiroxina total por RIE  
660867 T4 libre tiroxina efectiva por RIE  
660877 T3 triiodotironina uptake por RIE  
60878 triiodotironina total T3 por RIE  
661000 antígeno prostático total PSA  
661005 β-HCG gonadotropina coriónica cualitativa  
661010 β-HCG gonadotropina coriónica cuantitativa  
661015 CD4 x citometría de flujo  
661020 Chlamidias anticuerpos igG  
661025 citomegalovirus anticuerpo igG  
661030 citomegalovirus anticuerpo igM  
661035 colesterol HDL  
661040 colesterol LDL  
661045 CPK-MB  
661050 drogas de abuso screening  
661055 Epstein Barr anti vca IgG  
661060 Epstein Barr anti vca IgM  
661065 fructosamina  
661020 Chlamidias anticuerpos igG  
661025 citomegalovirus anticuerpo igG  
661030 citomegalovirus anticuerpo igM  
661035 colesterol HDL  
661040 colesterol LDL  
661070 hemoglobina glicosidasa  
661075 Hepatitis A HAV IgM anticuerpo  
661080 Hepatitis B HBCa AC anticuerpo IgG

661085 Hepatitis B HBeAg antígeno  
661090 Hepatitis B HBsAC anticuerpo  
661095 Hepatitis C HCV IgG anticuerpo  
661100 hidatidosis-arco 5  
661105 HIV carga viral  
661110 HIV Western-Blot  
661115 marcador ca 125 ovario  
661120 marcador ca 15.3 mama  
661130 microalbuminuria  
661135 monitoreo de fármacos para enfermedades crónicas  
661140 mycoplasma anticuerpo IgG  
661145 rubéola anticuerpo IgG  
661150 rubéola anticuerpo IgM  
661155 test rápido de fauces  
661160 torch (toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus y herpes)  
661165 estudio de ploidia celular en tejido tumoral por citometría de flujo  
661185 testosterona biodisponible  
661190 tirotrófina ultrasensible  
661195 screening neonatal (incluye: TSH neonatal, dosaje de fenilalanina y tripsina inmunorreactiva).

### **Estudios electrofisiológicos**

170201 estudio electrofisiológico del Haz de Hiss  
170202 estudio electrofisiológico completo cardiaco con Pruebas terapéuticas y de estimulación  
170203 Ablación por radiofrecuencia de arritmias cardiacas

### **Ecodoppler**

180201 ecodoppler periférico blanco y negro  
180202 ecodoppler periférico color  
180203 ecodoppler color circulación portal-suprahepático-cava  
180204 ecodoppler color esplénico-cava  
180301 ecodoppler cardiaco color  
180501 ecodoppler cardíaco fetal color  
180502 ecodoppler transcraneal  
180201 ecodoppler periférico blanco y negro  
180202 ecodoppler periférico color  
180203 ecodoppler color circulación portal-suprahepático-cava  
180204 ecodoppler color esplénico-cava  
180301 ecodoppler cardiaco color  
180501 ecodoppler cardíaco fetal color  
180502 ecodoppler transcraneal

### **Medicina nuclear**

260101 curva de captación tiroidea tres determinaciones  
260102 estudio completo de la función tiroidea con Iodo131  
260103 excreción urinaria de Iodo131

260104 Prueba de inhibición test Werner  
260105 Prueba de estimulación Test de Querido  
260106 vida media efectiva  
260107 dosis terapéutica en tirotoxicosis  
260108 tratamiento de carcinoma de tiroides  
260109 detección de trombosis con fibrinógeno marcado  
260110 detección de supuraciones abdominales con fibrinógeno marcado  
260111 radiorrenograma isotópico simple  
260112 radiorrenograma con clearance renal  
260113 filtrado glomerular  
260114 flujo plasmático renal efectivo  
260115 flujo sanguíneo total renal  
260116 volumen minuto cardiaco  
260117 clearance tisular y/o muscular  
260118 flujo cerebral  
260119 determinación de agua corporal total  
260120 determinación de agua extracelular  
260121 determinación de sodio total intercambiable y espacio de sodio  
260122 determinación de potasio total intercambiable  
260123 determinación del volumen sanguíneo total globular plasmático con radioisótopos  
260124 vida media de hematíes relación hepato-esplénica  
260125 vida media de hematíes  
260126 vida media de leucocitos y/o plaquetas  
260127 tiempo medio plasmática del fe59  
260128 curva de utilización fe59  
260129 tiempo medio plasmático y curva de utilización de fe59  
260130 diagnóstico de anemia perniciosa con vitamina B12 Co60  
260131 dosis terapéutica para tratamiento de policitemia vera  
260132 estudio de absorción con grasas marcadas con  
260133 estudio de absorción y excreción de grasas marcadas con radioisótopos  
260134 relación perfusión ventilación con Xe 133  
260135 tratamiento intraarticular con P32 u au198 coloidal  
260136 tratamiento paliativo con P32 de cáncer de mama con metástasis óseas  
260137 tratamiento con P32 o Au198 por diseminación tumoral en cavidades serosas  
260201 Centellograma de cerebro  
260203 centello grafía de medula ósea  
260204 mielografía isotópica  
260205 cisternografía isotópica  
260206 fistulo grafía isotópica del Liquido Cefalo Raquídeo  
260207 ventriculografía isotópica  
260208 Centellograma óseo  
260210 centellografía de articulaciones  
260211 Centellograma de tiroides  
260212 Centellograma de tiroides y mediastino  
260213 barrido total para carcinoma de tiroides  
260214 Centellograma de paratiroides  
260215 Centellograma de glándulas salivares  
260216 Centellograma de pulmón

260217 Centellograma hepático  
260218 Centellograma del pool vascular hepático  
260219 Centellograma de páncreas  
260220 Centellograma de bazo  
260221 Centellograma renal bilateral  
260222 centellografía del pool vascular renal  
260223 Centellograma de placenta  
260224 Centellograma de vías linfáticas  
260231 Spect cardiaco- coronario estudio de perfusión con talio 201 esfuerzo y redistribución  
260232 Spect cardiaco- coronario estudio de perfusión con talio 201 dipiridamol y redistribución.  
260233 Spect cardiaco- coronario estudio de perfusión con talio 201 con dobutamina y 4 hs.  
260234 Estudio función ventricular izquierda y perfusión miocárdica con Spect reposo y esfuerzo c/ mibi tc99  
260401 Prueba de estímulo de la secreción de somatotrofina con determinación de STH  
260402 Prueba de freno de la secreción de somatotrofina con determinación de somatotrofina  
260403 Prueba de estímulo hipotálamo-hipofisiaria con determinación de FSH  
260404 Prueba de estímulo hipotálamo-hipofisiaria con determinación de LH  
260405 Prueba de estímulo gonadal con hormona gonatropa criónica HGG con determinación de estrógenos totales.  
260406 Prueba de estímulo gonadal con HGG con determinación de testosterona  
260407 Prueba de estímulo con TRH con determinación de TSH y tiroxina plasmática  
260408 Prueba de estímulo con TRH con determinación de TSH  
260409 estímulo hipotálamo hipofisiario con determinación de ACTH  
260410 inhibición hipotalamito-hipofisiaria con determinación de  
260411 Pruebas de inhibición de muquet o similares con determinación de cortisol  
260412 estudio del ritmo circadiano de cortisol  
260413 Prueba estímulo hipotalamito-hipofisiaria con determinación de prolactina  
260414 Prueba de inhibición hipotalamito-hipofisiaria con determinación de prolactina  
260501 Centellograma de cerebro  
260503 Centellograma de medula ósea  
260504 mielografía isotópica  
260505 cisternografía isotópica  
260506 fistulo grafía isotópica del Liquido Cefalo Raquídeo  
260507 ventriculografía isotópica  
260508 Centellograma óseo  
260510 centellografía de articulaciones  
260511 Centellograma de tiroides  
260512 Centellograma de tiroides y mediastino  
260513 barrido-total para carcinoma de tiroides  
260514 Centellograma de paratiroides  
260515 Centellograma de glándulas salivares  
260516 Centellograma de pulmón  
260517 Centellograma hepático

260518 Centellograma del pool vascular hepático  
260519 Centellograma de páncreas  
260520 Centellograma de bazo  
260521 Centellograma renal bilateral  
260522 Centellograma del pool vascular renal  
260523 Centellograma de placenta  
260524 Centellograma vías linfáticas abdominoinguinales, axilares y/o mediastinales  
260525 angiografía radio isotópica por área  
260526 estudio dinámico renal  
260527 radiocardiograma  
260528 perfusión sanguínea miocárdica con radioisótopos  
260529 flebografía radio isotópica por áreas safenas, femorales, iliacas, humeral  
260531 dinámica del transito esófago gástrico  
260532 dinámica transito intestinal

### **Neurología**

290102 electroencefalografía con activación compleja  
290103 nistagmo grafía electrorretinografía  
290106 electro miografía con velocidad de conducción  
290107 reflexograma patelar y/o aquiliano  
290108 cronaximetría  
290109 electrodiagnóstico  
290110 reografía cerebral cardiaca o vascular periférica  
290111 potenciales evocados de cualquier vía de conducción o sentido  
290112 Holter electroencefalográfico  
290201 Polisomnografía con oximetría en neonatos  
290202 Polisomnografía con oximetría nocturna en adultos con Presión Positiva Continua en la Vía Aérea  
290203 Tratamiento del blefarospasmo con toxina botulínica

### **TAC (incluye material de contraste)**

341001 tomografía Axial Computada cerebral  
341002 tomografía Axial Computada cerebral reforzada  
341004 tomografía Axial Computada oftalmológica  
341005 tomografía Axial Computada tiroidea  
341006 tomografía Axial Computada mamaria  
341007 tomografía Axial Computada ginecológica  
341008 tomografía Axial Computada completa de abdomen  
341009 tomografía Axial Computada hepatobiliar esplénica pancreática  
341010 tomografía Axial Computada torácica  
341011 tomografía Axial Computada vejiga y próstata  
341012 tomografía Axial Computada otros órganos y regiones  
341013 tomografía Axial Computada de columna

### **RMN (incluye Gadolínico)**

342002 Resonancia Magnética Nuclear cerebral con gadolinio  
342005 Resonancia Magnética Nuclear tiroidea

- 342008 Resonancia Magnética Nuclear completa de abdomen
- 342009 Resonancia Magnética Nuclear.hepatobiliar esplénica pancreática
- 342010 Resonancia Magnética Nuclear. torácica
- 342011 Resonancia Magnética Nuclear vejiga y próstata
- 342012 Resonancia Magnética Nuclear. de otras regiones encefálicas
- 342013 Resonancia Magnética Nuclear de columna
- 342014 Resonancia Magnética Nuclear. de articulaciones

### **Densitometría**

- 341201 Densitometría ósea

### **Terapia radiante**

- 350101 roentgenoterapia superficial o profunda
- 350102 telecobaltoterapia telecesioterapia radioterapia dinámica
- 350301 tratamiento con acelerador lineal incluye simulación, planificación, colimadores y dosimetría
- 350310 braquiterapia, terapia de contacto
- 350311 braquiterapia, terapia intracavitaria
- 350312 braquiterapia, terapia intersticial
- 350313 braquiterapia, terapia intraluminal
- 350313 betaterapia oftálmica
- 350314 betaterapia precavitaria encefálica
- 350315 betaterapia intracavitaria encefálica
- 350316 radioterapia tridimensional conformada

### **ALTA COMPLEJIDAD**

#### **Neurocirugía**

- 010101 tratamiento quirúrgico del encefalomeningocele
- 010102 tratamiento quirúrgico craneostenosis
- 010103 craneoplastias con injerto óseo o protésico
- 010104 reducción abierta de fractura de cráneo
- 010105 escisión de lesión tumoral infecciosa
- 010106 descompresión orbitaria unilateral
- 010201 ventriculocisternostomias
- 010202 derivación ventriculoauricula derecha
- 010203 revisión de válvulas derivativas o restitución parcial o total
- 010204 lobectomia parcia l total por traumatismo o epilepsia
- 010205 tractotomia espinotalamica trigeminal o mesencefalica
- 010206 tratamiento quirúrgico de los aneurismas y malformaciones
- 010207 evacuaciones por punción de colección intracerebral, epidural, subdural y/o subaracnoidea
- 010208 craneotomia exploradora
- 010209 reparación plástica de senos creaneales
- 010210 escisión de lesión tumoral intracraneana
- 010211 drenaje ventricular continuo
- 010212 extracción de tubos en operaciones derivativas craneanas

010213 cirugía estereotaxica por diversos métodos incluso radiocirugía  
010214 punción diagnostica o terapéutica de ventriculo por trepanacion  
010215 punción transfontanelar de ventriculos o subdural  
010216 colocación de set para monitoreo de presion intracraneana  
010217 cirugía de la hipertension congenita endocraneana por fibra optica  
010301 reparación de defectos congenitos del complejo vertebromeningeomedular  
010302 tratamiento quirúrgico lesiones adquiridas del complejo vertebromeningeomedular  
010303 extirpacion o ligadura de aneurismas o malformaciones arteriovenosas medulares  
010304 cordotomia espinotalamica, anterior, posterior, mielotomia comisular  
010305 rizotomia radicotomia posterior  
010306 seccion de ligamentos dentados  
010307 punción raquídea doble con Pruebas manométricas  
010308 punciones cisternal con o sin manometría  
010309 punción lumbar con / sin manometría  
010310 vertebroplastias  
010401 neurotomia o descompresion retrogaseriana trigeminal  
010402 neurolisis transoval del trigemino  
010403 neurotomia del intermediario vestibular o glosofaringeo  
010404 intervenciones sobre nervios opticos  
010405 neurotomia del supraorbitario, infraorbitario, dentario inferior, suboccipital y temporal superficial  
010406 neurotomia selectiva del facial o del glosofaringeo o neumogastrocervical  
010407 injerto y/o anastomosis de nervio facial, hipogloso, espinal y similares  
010408 neurolisis extracraneal alcoholizacion o similar  
010409 bloqueo extracraneal antiálgico  
010501 tratamiento quirúrgico por patología del plexo cervicobraquial  
010502 tratamiento quirúrgico por patología del plexo lumbosacro  
010503 neurografías injerto tubulización escisión de lesión tumoral del nervio periférico  
010504 transposición del cubital  
010505 descompresión del mediano a nivel del túnel carpiano  
010507 neurolísis quirúrgica de nervio periférico  
010508 neurolísis química o bloqueo antiálgico de nervio periférico  
010601 simpatectomía cervical  
010602 simpatectomía torácica  
010603 simpatectomía lumbar por lumbotomía  
010604 resección de plexos hipogástricos superior e inferior  
010605 simpatectomía periarterial carotidea, humeral, femoral o similar  
010606 inyección paravertebral de troncos y ganglios simpáticos  
010701 ventriculografía por inyeccion de un medio de contraste  
010702 pan-arteriografía cerebral por cateterismo  
010703 arteriografía carotidea o vertebral  
010704 neumoencefaloventriculografía fraccionada  
010705 mielografía ascendente o descendente, cisternomiografía, radiculografía  
010706 discografía neurografía epidurografía  
010707 infusion intratecal o en canal medular de citostaticos  
010708 tratamiento endovascular de aneurismas craneales con embolizaciones terapéuticas o microlisis

010709 tratamiento endovascular de malformaciones craneales con embolizaciones terapéuticas o microlisis  
010710 tratamiento endovascular de tumores craneales con embolizaciones terapéuticas prequirúrgica  
010711 ablación de nervio craneal por radiofrecuencia  
010801 biopsia cerebral estereotáxica

## **Cardiovascular**

070101 septostomia interauricular  
070102 septostomia con balon de rashbind  
070103 colocación de marcapaso definitivo con electrodo endocavitario  
070105 cambio de generador marcapaso definitivo. recolocación plástica de bolsillo de marcapaso  
070106 implantacion de circulacion asistida externa prolongada por contrapulsacion  
070108 cardiografía sutura de corazon herida o traumatismo  
070113 biopsia de endocardio por cateterismo cardiaco  
070114 biopsia de miocardio por cateterismo cardiaco  
070115 colocación de desfibrilador implantable  
070201 tratamiento quirúrgico de las cardiopatias congenitas  
070203 reemplazo de valvula cardiaca por protesis o injerto  
070204 doble reemplazo valvular cardiaco  
070206 cierre defectos septales  
070207 tratamiento quirúrgico de aneurismas del cayado aortico. aneurisma disecante de aorta  
070208 tratamiento quirúrgico de aneurismas de aorta ascendente o descendente  
070209 derivación (by-pass) aorto coronario  
070210 derivación (by-pass) mamario coronario  
070211 resección de aneurisma ventricular  
070301 cirugía en los grandes troncos arteriovenosos de la cavidad toracica  
070302 tratamiento quirúrgico del aneurisma de aorta toraco abdominal  
070401 tratamiento quirúrgico del aneurisma de aorta abdominal  
070402 cirugía de las ramas viscerales de la aorta abdominal y troncos iliacos  
070403 derivación aorto o iliaco femoral uni o bilateral con o sin simpatisectomia  
070405 derivación aorto iliaco uni o bilateral  
070406 otras derivaciones arteriales en cavidad abdominal  
070407 anastomosis porto-cava o esplenorenal o mesenterico cava  
070408 cirugía de la vena cava  
070409 colocación de filtro Mobin Uddin  
070501 cirugía de la arteria carotida o de la vertebral tromboendarterectomia embolectomia  
070502 sutura o ligadura de los vasos profundos del cuello  
070503 glomectomia tumor de glomus carotideo  
070701 cateterismo cardiaco derecho  
070703 coronariografía selectiva  
070704 aortografía por punción lumbar  
070705 aortografía por cateterismo con o sin estudio selectivo de cualquiera de sus ramas toracicas o abdominales  
070709 cavografía abdominal y/o toracica

070710 acigografía por punción transosea  
070711 flebografía del seno petroso bilateral  
070713 flebografía suprarrenal bilateral  
070801 angioplastia trasluminal coronaria con o sin colocación de stent  
070803 angioplastia trasluminal coronaria con rotablator / simpson  
070805 angioplastia periférica  
070806 angioplastia periférica con colocación de stent  
071001 valvuloplastia mitral  
071002 Valvuloplastia pulmonar  
070109 pericardiotomía con exploración con drenaje, decompresión para evacuación de hematoma  
070110 biopsia de pericardio  
070111 pericardiocentesis diagnóstica o terapéutica  
070601 embolectomías en arterias periféricas  
070602 tromboendarterectomía de vasos periféricos  
070603 derivación by-pass de vasos periféricos con injerto venoso o sintético  
070605 tratamiento del aneurisma o de las fístulas arteriovenosas  
070606 anastomosis arterial arteriorrafia  
070607 shunt o fístula arteriovenosa periférica para hemo hemodiálisis  
070608 disección de arterias para perfusión regional  
070610 ligadura unilateral de troncos venosos profundos  
070611 trombectomía venosa profunda  
070612 safenectomía interna y/o externa con ligaduras y/o resecciones escalonadas  
070614 operación de linton, gockett o similares  
070715 embolización selectiva terapéutica  
070717 flebotomía transcutánea y colocación de catéter doble lumen como acceso vascular para diálisis  
070718 flebotomía con colocación de catéter implantable con reservorio

## **Urología**

100122 nefrolitotomía percutánea  
100124 Ureterorenoscopia con litotomía litotricia y ectomía por cualquier método  
100125 Litotricia extracorporea renal y/o ureteral

## **Artroscopia**

122001 artroscopia de hombro  
122002 artroscopia de rodilla  
122003 artroscopia de rodilla con reparación de ligamento cruzado

**Quedan incluidas como prácticas de Alta Complejidad todas las prácticas no nomencladas que no estén incluidas en los listados precedentes**

Las prácticas de este nivel incluirán todo el material descartable, radioactivo, sustancias de contraste, medicamentos para pruebas funcionales, marcapasos transitorios y cualquier otro insumo utilizado para la realización de las mismas.

Estarán incluidas todas las prácticas necesarias para arribar a un diagnóstico de certeza o realizar un tratamiento, a excepción de aquellas que se encuentren específicamente excluidas.

#### REQUISITOS:

Los prestadores del III Nivel contarán con los requisitos establecidos en las Guías de Criterios de Admisión elaborados por EL INSTITUTO.

#### INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN DE PACIENTES BAJO PROGRAMAS ESPECIALES:

Ante el requerimiento de atención ambulatoria especializada o de internación por patología aguda de pacientes dializados, en programa de trasplantes, psiquiátricos y /o discapacitados, portadores de HIV, los prestadores de III Nivel deberán atenderlos y resolver definiendo los protocolos de diagnóstico y tratamiento en forma conjunta con los especialistas tratantes de sus patologías crónicas.

Dicha atención deberá ser notificada al INSTITUTO y al responsable de su cobertura extracápita.

LOS PRESTADORES DE ESTE NIVEL DEBERÁN ATENDER EN CASOS DE URGENCIA, DEBIDAMENTE JUSTIFICADA, LOS BENEFICIARIOS EN TRÁNSITO QUE NO SE ENCUENTREN INCLUIDOS EN SU PADRÓN FACTURANDO SU ATENCIÓN AL INSTITUTO, A LOS VALORES POR ÉSTE ESTABLECIDOS.

#### **TRASLADO DE PACIENTES:**

- En caso que el paciente requiera por su patología y para la atención de la misma, ser trasladado exclusivamente en ambulancia, el servicio, deberá ser brindado por EL PRESTADOR de III Nivel responsable de su atención (incluye el traslado del Gran Quemado)
- Los traslados programados y no programados de beneficiarios por derivación a un tercer efector del mismo nivel de complejidad, y sus eventuales estadías (alojamiento y alimentación) estarán a cargo de EL PRESTADOR. No incluye acompañantes.
- La atención de pacientes de urgencia y / o emergencia domiciliaria y los traslados programados y no programados, estarán a cargo de EL PRESTADOR. En las UGLs VI, VIII, X, XXIX y XXXV será responsabilidad de la DAMNP la atención de pacientes de urgencia y / o emergencia domiciliaria y los traslados originados en prestaciones y servicios excluidos de la presente.
- Los traslados de un PRESTADOR a otro, por prestaciones incluidas en el presente menú prestacional, estarán a cargo de EL PRESTADOR derivante.
- Los traslados generados por egresos vivos en la internación, quedarán a cargo del PRESTADOR que otorga el alta médica.

#### **AUDITORIAS:**

**El I.N.S.S.J.P se reserva el derecho de auditar, evaluar, fiscalizar y supervisar todas las obligaciones asumidas por el prestador, en especial con relación a LA CALIDAD DE LA ATENCION, PROCESO –RESULTADO, como las vinculadas con la estructura física, equipamiento, tecnología y recursos humanos.**

**A tal fin el prestador deberá garantizar el libre acceso de los profesionales y auditores del Instituto o de cualquier otro profesional que éste designe.**

**Cada efector estará obligado a brindar la información estadística que le requiera el INSTITUTO, en el formato gráfico y /o informático que el INSTITUTO determine, con la periodicidad que a tal efecto se establezca**

#### **PRESTACIONES, SERVICIOS E INSUMOS EXCLUIDOS DE LA COBERTURA DE LAS EFECTORES PARA EL NIVEL III, SALVO CONVENIO ADICIONAL QUE LAS INCORPORA**

- Prestaciones oftalmológicas.
- El enfermo Gran Quemado (más del 30 % de superficie corporal) **a partir de su ingreso a un Centro de Referencia adecuado a su patología.**
- La diálisis de pacientes renales crónicos incluidos en el padrón de dializados de EL INSTITUTO, así como sus traslados correspondientes.
- Los trasplantes de órganos, así como los estudios pretransplante y seguimiento específico del transplantado.
- Cámara hiperbárica.
- Cirugías plásticas no reparadoras (estéticas).
- Cirugías estereotáxicas.
- Embolizaciones cerebrales.
- Leucoféresis y/o plaquetoféresis.
- Radiocirugías.
- Los servicios odontológicos (salvo cirugías máxilo faciales y las detalladas en el ítem SEGUNDO NIVEL CON INTERNACIÓN, así como la prácticas diagnósticas requeridas por los pacientes –biopsia, RMN, TAC, etc)
- Servicios de salud mental en todas sus modalidades.

- La oxigenoterapia domiciliaria, salvo que se brinde a pacientes agudos por el régimen de internación domiciliaria a cargo de los efectores, como alternativa a la internación en establecimientos de Nivel III.
- Las patologías derivadas de accidentes de trabajo incluidas en la cobertura de ART.
- Fertilización asistida.
- Disfunciones sexuales.

Se **EXCLUYE** de la cobertura a cargo de los efectores la provisión de los elementos siguientes, salvo convenio adicional que las incorpore:

- Marcapasos cardíacos definitivos de todos los tipos.
- Cardiodesfibriladores implantables.
- Implantes cocleares.
- Bombas de infusión implantables.
- Medicación oncológica.
- Medicación relacionada con el transplante órganos, incluida medicación inmunosupresora.
- Medicación específica (Antirretrovirales) para portadores de HIV.
- Medicación específica para los pacientes hemofílicos.
- Medicación específica para el tratamiento de tuberculosis y lepra.
- La provisión de elementos de óptica y audífonos.
- La provisión de prótesis, implantes e insumos especiales para su colocación.
- La provisión de prótesis bioeléctricas y miogénicas.
- Elementos de rehabilitación (ortesis y elementos de ayuda externa, apoyos diversos para la marcha, calzado ortopédico, sillas de ruedas, etc.).
- Endoprótesis aórtica
- Stent coronarios con drogas
- Stent vasculares periféricos
- Sistema para cierre de ductus por vía endovascular

- Sistema para cierre de canal interauricular (CIA) por vía endovascular  
Injertos y sustitutos óseos
- Steri Drape – U Drape
- Sistema de protección cerebral para procedimientos endovasculares
- Filtros de vena cava
- Stent para tratamientos de estenosis uretrales, de vías biliares y esofágicas, sets de drenajes, sets de ligaduras para várices esofágicas.
- Sling y esfínter artificial para incontinencia de orina.
- Marcapasos cardíaco definitivos de todos los tipos.
- Cardiodesfibriladores.
- Implantes cocleares.
- Bombas de infusión implantables
- Elementos de óptica, audífonos y válvulas de Fonación
- Prótesis bioeléctricas y miogénicas.
- Elementos de Fisiatría y Rehabilitación y elementos de ortesis.
- Toda otra prótesis o implante que el Instituto provea a través del/los prestador/es que contrate en sustitución de la Contratación Directa N° 014/04.

**Toda práctica, prótesis o implante no abarcada por los supuestos precedentemente enumerados, estará a cargo del prestador de Nivel III.**

### **EXCLUSIONES ABSOLUTAS**

El Instituto no reconocerá ni brindará cobertura para procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como la prescripción y / o utilización de insumos asistenciales, incluidos medicamentos, que se encuentren en etapa de experimentación en cualquiera de sus fases.

Las prestaciones con cobertura detalladas en el presente, son las expresamente reconocidas como válidas por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Toda prestación que no haya sido expresamente excluida en el presente pliego, en caso de duda, se entenderá que la misma se haya incluida.

**Medicamentos:** La prescripción de medicamentos por parte de los prestadores/efectores del Nivel III estará en todos los casos sujeta a la normativa específica de EL INSTITUTO.

## DECLARACIÓN JURADA PARA ACREDITACIÓN DE MEDICO DE CABECERA Y ESPECIALISTA

Apellido/s: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N° de Cuit: \_\_\_\_\_

Domicilio particular: Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dto. \_\_\_\_\_  
 CP. \_\_\_\_\_  
 Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Domicilio del consultorio: Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dto. \_\_\_\_\_ CP. \_\_\_\_\_  
 Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_ Expedido por: \_\_\_\_\_  
 Fecha de egreso: \_\_\_\_\_  
 Matrícula profesional: N° \_\_\_\_\_ Expedida por: \_\_\_\_\_  
 Especialidad (1): \_\_\_\_\_ Certificación expedida por: \_\_\_\_\_  
 Residencia médica completa de la especialidad: Si No  
*(Acompañar copia autenticada de certificaciones u original y fotocopia)*  
*(1) Se priorizan las especialidades de geriatría, clínica médica, medicina familiar, generalista*

Antecedentes laborales *(incluye los que desempeña actualmente)*:

Fecha		Lugar	Concurrencia (*)	
Desde	Hasta		Día	Horario

*(\*) Solamente para la actividad actual  
 (Acompañar Currículo Vitae)*

Actualmente desempeña actividad asistencial Si No Donde

Consultorio:  
 Habilitación N° \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia \_\_\_\_\_ Expedida por: \_\_\_\_\_  
 Inscripción en la SSS N° \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia \_\_\_\_\_  
 Posee seguros

Seguro	Entidad aseguradora	N° de póliza	Vigencia
Mala praxis			
Responsabilidad civil			
Incendio			

Días y horarios de atención actual en consultorio

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Días y horario que estaría dispuesto a dedicar para la atención de beneficiarios del Instituto.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Recursos	Si	No	Observaciones
Adecuado acceso desde el exterior (1)			
Identificación de la entrada			
Dispone de personal administrativo			
<i>Sala de espera</i>			
Suficiente espacio			
Revestimientos ignífugos, no porosos y lavables			
Climatización frío calor apta (2)			
Asientos suficientes			
Baño para pacientes con fácil acceso			
<i>Consultorio</i>			
Espacio no menor a 7 m <sup>2</sup>			
Revestim. Ignífugos, no porosos y lavables			
Climatización frío / calor apta (2)			
Asientos, no menos de 3			
Lavabo o baño anexo con acceso directo			
Equipamiento completo (3)			
<i>Funcionalidad</i>			
Otorga turnos por teléfono			N°
Otorga los turnos con un máximo de 4 días posteriores a su solicitud			
Confecciona planilla de registro de turnos			
Frecuencia de turnos no inferior a 20 minutos			
Confecciona planilla diaria de atención de pacientes			
<i>Historia clínica</i>			
Legible			
Anamnesis y examen físico completo			
Registro de diagnóstico / s			
Estudios complementarios según diagnóstico presuntivo			
<i>Bioseguridad</i>			
Revestimientos sin deterioros			
Correcta higiene			
Elementos de barrera adecuados y suficientes			

Elementos para el correcto lavado de manos			
--	--	--	--

- (1) En planta baja o con ascensor. Acceso a nivel con no más de 10 escalones, pasamanos a ambos lados, revestimiento antideslizante, narices evidenciadas.
- (2) No representa un riesgo (no se aceptan calefactores de llama abierta)
- (3) Balanza, pantoscopio, tensiómetro, termómetro, estetoscopio, carro de curaciones, camilla

Toda la información consignada precedentemente tiene carácter de DECLARACION JURADA, estando sujeta a AUDITORIA por parte del INSSJyP

**ANEXO**

**DECLARACIÓN JURADA PARA ACREDITACION DE CENTROS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGENES DE I NIVEL**

**ENTIDAD:** (Razón Social y nombre de fantasía)

**Domicilio:** Calle N° Piso CP  
Localidad Provincia

*Servicio con planta física independiente* Si  No

*Servicio integrado a otro efector* Si  No  En caso afirmativo indicar denominación:

Habilitación Municipal N°

Inscripción del establecimiento en SSS N°

Habilitación de Radiofísica Sanitaria, actualizada en responsable y equipamiento N°

Posee seguros

Seguro	Entidad aseguradora	N° de póliza	Vigencia
Mala praxis			
Responsabilidad civil			
Incendio			

Código de prestador si en la actualidad es efector del *I.N.S.S.J.P.*:

Estadística de atención

Prestación	Promedio (A)	Observaciones
Radiología simple		
Radiología contrastada		
Ecografía		
Mamografía		

(A) Consignar el promedio de atención diario de pacientes considerando los últimos 12 meses.

**RECURSOS HUMANOS**

**Médico radiólogo responsable de uso:**

Apellido y nombres:

N° de Cuit/Cuil

Autorización individual N°

Título:

Otorgado por:

Fecha de egreso:

N° de Matrícula:

Expedida por:

N° de Inscripción en Registro de Profesionales de SSS

Días y horarios de concurrencia a la entidad:

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

**Responsable de instalación:**

Apellido y nombre

Título:

N° de Cuit/Cuil

### Otros Profesionales

Apellido y nombre	Título	Matrícula	Especialidad	Cuit/Cuil

### Técnicos

Apellido y nombre	Título	Matrícula	Cuit/Cuil

**Personal Administrativo: N° Total**

**Personal de limpieza: N° Total**

### PLANTA FISICA

Recursos	Si	No	Observaciones
Individualización exterior del servicio en acceso principal			
Acceso adecuado (1)			
Posibilidad de circulación de camillas y sillas de ruedas en todas las áreas y vinculaciones			
Matafuegos de acuerdo a normas			
Llaves termoeléctricas			
Revestimientos ignífugos y lavables en todas las áreas			
<u>Recepción y sala de espera</u>			
Suficiente espacio			
Climatización invierno/verano apta (2)			
Asientos suficientes			
Sanitarios para público en el sector y con fácil acceso			
<u>Salas de radiología</u>			
2 salas			
Superficie total: 36 m <sup>2</sup>			
Sanitario de uso exclusivo para pacientes independiente de otros locales			
Cambiador o biombo			
Climatización invierno/verano apta (2)			
Cuarto oscuro integrado al servicio preferentemente con revelado automático.			
<u>Sala de mamografía</u>			
Cambiador o biombo			
Climatización invierno/verano apta (2)			
<u>Sala de ecografía</u>			
Exclusiva (en caso negativo aclarar)			
Cambiador o biombo			
Climatización invierno/verano apta (2)			

## EQUIPAMIENTO

<u>Radiología convencional simple / contrastada</u>			
2 equipos (3)			
<u>Radiología en domicilio simple</u>			
1 equipo portátil 30mA/90Kv. (4)			
1 parrilla antidifusora.			
<u>Mamografía</u>			
1 Mamógrafo foco 01/03 (4)			
capacidad de sistema para magnificación			
<u>Ecografía</u>			
1 Ecógrafo mínimo 64 escalas de grises. Capacidad de congelación de imágenes. Sistema de magnificación en pantalla. (4)			

- (1) En planta baja: a nivel vereda o rampa; en planta alta con ascensor camillero.  
 (2) No representa un riesgo (no se aceptan calefactores de llama abierta)  
 (3) 2 generadores: Uno de 500 mA/125 Kv, mesa basculable con potter bucky, otro de 200 mA/ 100 Kv , mesa fija con potter bucky. Uno de ellos debe contar con Seriógrafo automático con intensificador de imágenes, estativo mural y potter bucky mural.  
 En caso de respuesta negativa o superar el requerimiento, describir el equipamiento con que cuenta.  
 (4) En caso de respuesta negativa o superar el requerimiento describir el equipamiento con que cuenta.

### FUNCIONALIDAD

Días y horarios de atención del Centro:

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Recursos	Si	No	Observaciones
Se otorgan turnos telefónicamente			Nº de tel.:
Instructivos de preparación de pacientes			
Duplicados de protocolos			
Sistema de identificación, registro y archivo de estudios			
Registro de estándares y control de calidad de imágenes			
<u>Radiología convencional simple / contrastada</u>			
2 equipos (3)			

## MENÚ PRESTACIONAL IMAGENES DE I NIVEL AMBULATORIO

RADIOLOGÍA GENERAL			
1.	Articulación temporomaxilar.		
2.	Colecistografía endovenosa (con o sin prueba de evacuación).		
3.	Colecistografía oral (con o sin prueba de Boydem).		
4.	Colon por enema y evacuado (con o sin técnica de doble contraste)		
5.	Medición comparativa de miembros inferiores.		
6.	Radioscopias en general.		
7.	Radiografías de cráneo, cara, senos paranasales, cavum.		
8.	Posiciones especiales de cráneo (hueso temporal, agujeros ópticos, etc.).		
9.	Radiografías de Raquis (cervical, dorsal, lumbar, sacro).		
10.	Radiografía de hombro, humero, pelvis, cadera y femur.		
11.	Radiografía del codo, antebrazo, muñeca, mano, dedos, rodilla, pierna, tobillo y pie.		
12.	Radiografía teleradiográfica de tórax.		
13.	Radiografía teleradiográfica de tórax con o sin relleno esofágico		
14.	Tórax, Parrilla Costal.		
15.	Radiografías directas de abdomen.		
16.	Radiografía simple de árbol urinario.		
17.	Seriada ileocecoapendicular.		
18.	Seriadas digestivas (esófago – gastro – duodenal : con o sin técnica de doble contraste).		
19.	Tránsito de intestino delgado o de colon.		
20.	Urograma excretor ( con o sin estudio vesical, pre y post miccional ).		
21.	Urograma minutado o por goteo.		

RADIOLOGÍA EN DOMICILIO			
	Proyecciones simples en general.		

MAMOGRAFIA			
1.	Proyección cráneo – podal.		
2.	Proyección perfil.		
3.	Proyección axilar.		
4.	Magnificaciones.		
5.	Marcaciones.		

ECOGRAFIA <i>En consultorio</i>			
1.	Tocoginecológica.		
2.	Mamaria bilateral.		
3.	Cerebral (con mod. B y A ).		
4.	Cerebral (sin mod. B y A ).		
5.	Tiroidea.		
6.	Testículos.		
7.	Completa de abdomen.		
8.	Hepática, biliar , esplénica o torácica.		
9.	Renal bilateral.		
10.	De aorta abdominal dinámica y estática.		
11.	Páncreas, suprarrenal.		

ECOGRAFIA <i>en domicilio</i>			
1.	Abdominal		
2.	Pelvis		
3.	Organos superficiales		

### **BIOSEGURIDAD**

<b>Recursos</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Observaciones</b>
Manual de bioseguridad			
Normas de bioseguridad a la vista			
Empleo de lancetas, agujas y jeringas descartables			
Empleo de descartadores de elementos punzocortantes			
Eliminación de muestras y material. Procedimiento Escrito			
Kit de emergencia para reacciones alérgicas o anafilácticas completo.			

***Toda la información consignada precedentemente tiene carácter de DECLARACION JURADA, estando sujeta a AUDITORIA por parte del INSSJyP***

## DECLARACIÓN JURADA PARA ACREDITACIÓN DE LABORATORIOS DE I NIVEL

Entidad:

Domicilio:

Provincia:

Localidad:

T.E:

Fax:

e-mail:

Habilitación de Autoridad Sanitaria N°

Inscripción en SSS del Establecimiento N°

Seguro de Mala Praxis: Si  No Responsabilidad civil: Si  No Contra Incendios: Si  No 

Código de prestador si en la actualidad es efector del Instituto:

Accesibilidad geográfica: Medios de Transporte:

### I. ESTRUCTURA

#### RECURSOS HUMANOS

##### Director técnico

Apellido y Nombres: .....

Título:.....Universidad.....

Fecha de egreso: ..... N° de Matrícula .....

N° de Inscripción en Registro de Profesionales de SSS: .....

Días y horarios: .....

Antecedentes

Profesionales:.....

.....

.....

Bacteriólogo: Apellido y nombre .....

Título otorgado por: .....

N° de Matrícula.....

Días

y

horarios:.....

#### Otros Profesionales

Apellido y nombre	Título	Matrícula	Días y horarios	Sección

En caso de que algunos de los profesionales consignados posea título de **Especialista** reconocido, anotar como ANEXO la siguiente información por profesional: **Título de Especialista en..... Otorgado por.....**

**Personal Técnico:**

N°

total:

.....

N° de técnicos con título habilitante: .....

Días y horarios: .....

**Personal que realiza extracciones:** N° total:.....

**Personal Administrativo:** N°

Total.....

Personal de limpieza: N°

Total.....

Recursos	Si	No	Observaciones
<b>Planta física</b>	---	---	
Recepción y sala de espera			
Acceso en Planta Baja y/o con ascensor			
Sanitario para público de fácil acceso			
Sala de toma de material biológico que cumple con condiciones de bioseguridad en vigencia			
Laboratorio propiamente dicho			
Cuenta con áreas de trabajo			
Administración independiente			
<b>Equipamiento</b>			
En condiciones de uso y mantenimiento adecuado			
Microscopio			
Espectrofotómetro con baño			
Fotómetro de llama/ lón selectivo			
Centrífuga			
Microcentrífuga			
Cámara de Neubauer			
Fuente de poder y cuba electroforética			
Estufa de cultivo			
Estufa de esterilización			
Autoclave			
Baño termostatzado			
Pipetas automáticas			
Cronómetro			
Heladera con freezer			
Equipamiento adicional			
<b>II. PROCESO</b>			
<b>Bioseguridad y seguridad</b>			
El Laboratorio cumple con los requisitos de seguridad de la legislación en vigencia			

Manual de bioseguridad			
Empleo de lancetas, agujas y jeringas descartables			
Empleo de descartadores de elementos punzocortantes			
Normas de bioseguridad a la vista			
Eliminación de muestras y material. Procedimiento escrito			
Presencia de extintor/es de fuego c/ carga adecuada controlada, en lugar accesible			
<b>Proceso de atención al paciente</b>			
Días y horarios de atención			
Turnos			
Se otorgan telefónicamente			
Cantidad de muestras procesadas por día			
Instructivo de preparación del paciente			
Entrega de material para recolección de muestra			
Extracción diaria a domicilio			
<b>Muestras remitidas a otro laboratorio</b>			
En condiciones de transporte según normas de Bioseguridad y estabilidad de la muestra, con los registros adecuados			
En caso afirmativo listado de prácticas que se remiten			
Listado de laboratorios receptores			
<b>Proceso técnico</b>			
Prácticas que resuelve en el lugar. Adjuntar listado firmado			
<b>Registros</b>			
Registro de entrada			
Registros de ensayo			
Registros de resultados			
Control de calidad interno			
Control de calidad externo			
Control del instrumental			
<b><u>III. RESULTADO</u></b>			
Archivo de resultados			

### **INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

Manual de Calidad

Procedimientos Escritos

En caso afirmativo enumerar listado de los mismos.....

.....

## ANEXO

### DECLARACIÓN JURADA PARA ACREDITACIÓN DE FISIOKINESIOTERAPIA

Denominación de la entidad

Domicilio: Calle N° Piso Dto. CP  
Localidad Provincia  
Teléfono Fax e-mail

**Consultorio unipersonal: Si  No  - Centro: Si  No  (marcar una de las 2 opciones)**

Funciona en planta física independiente: Si  No  - Dentro de otra institución: Si  No  - En caso positivo aclarar:

Profesional responsable:

Habilitación de Autoridad Sanitaria N°

Expedida por

Antecedentes laborales de los Profesionales (acompañar con Currículo Vitae)

Posee seguros

Seguro	Entidad aseguradora	N° de póliza	Vigencia
Mala praxis			
Responsabilidad civil			
Incendio			

#### Recursos humanos

##### • Profesionales

Apellido y nombre	Título	Matrícula	N° de inscripción en S.S.S

Días y horarios de atención

<b>Profesional</b>	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

• **Recepcionista:** Si  - No  - Horario

Recursos	Nivel de Resolución				Observaciones
	Baja		Mediana		
	Si	No	Si	No	
<b>Estructura:</b>					
Sector de Admisión					
Ubicado en planta baja o piso alto con ascensor					
Sin barreras arquitectónicas (posibilidad de acceso de silla de ruedas/ muletas).					
Sala de espera con sillas suficientes para pacientes.					
Baño para discapacitados					
Baño con adaptaciones para personas con movilidad reducida (agarraderas y puerta que abre hacia fuera)					
Lavabo y/o baño anexo					
Sectorización en 2 boxes			----	----	
Sectorización en 4 boxes o más	----	----			
<b>Gimnasio de Ejercitación</b>					
9 m <sup>2</sup> con pasamanos perimetrales, bicicleta, poleas.			----	----	
20 m <sup>2</sup> con paralelas/ pasamanos perimetrales, bicicleta, poleas, ruedas y elementos de marcha.	----	----			
<b>Equipamiento suficiente y en perfecto funcionamiento:</b>					
US, OC, IR			----	----	
Nebulizador, Láser, Magneto y Corrientes/ Tens	----	----			
Silla de ruedas en el sector.					
Disyuntor en el sector.					
<b>Funcionalidad</b>					
Planillas de turnos.					
Fichas kinésicas completas y evolucionadas					
Cumplimiento de la UPK.					
Adecuada periodicidad de las prácticas					
<b>Bioseguridad</b>					
Elementos de barrera adecuados y suficientes.					
Elementos para higiene de manos.					
Correcta higiene del sector.					

## ANEXO

### DECLARACIÓN JURADA PARA ACREDITACIÓN DE PRESTADOR/EFECTOR DE II NIVEL

#### DENOMINACIÓN DE LA ENTIDAD:

**Domicilio:** Calle N° CP  
Localidad Provincia  
Teléfono: Fax: E mail:  
Tipo de institución: Nacional - Provincial - Municipal - Privada  
Otra (*especificar*)

#### Habilitaciones

Habilitación Municipal N°  
Habilitación de Salud Pública N°  
Inscripción del establecimiento en SSS N°

#### Posee seguros

Seguro	Entidad aseguradora	N° de póliza	Vigencia
Mala praxis			
Responsabilidad civil			
Incendio			
ART			

#### Información impositiva

CUIT N° IVA N°  
Aportes jubilatorios N° de cuenta: Ingresos brutos N°

#### Responsable/s del Establecimiento

Apellido	Nombres	Cargo

En la actualidad es efector del INSSJP: Si - No - En caso afirmativo consignar Código de prestador

Atiende otras obras sociales (*detallar*)

Servicio tercerizado	Nombre de la empresa	Funciona dentro o fuera del establecimiento

Dentro del establecimiento funcionan servicios especializados independientes SI - NO  
(*Detallar*)

Nivel de resolución ofrecido

**Marcar una sola de las siguientes opciones - Ver descripción al final de la planilla**

NIVEL 1 Mínima resolución	NIVEL 2 Baja resolución	NIVEL 3 Mediana resolución	NIVEL 4 Alta resolución

Capacidad prestacional

	TOTAL	PISO	UTI/UCO	OTRAS ( <i>detallar</i> )
Camas (1)				
Camas ofrecidas				
Total de internados a la fecha				
Total de internados PAMI ( <i>si hubiera</i> )				

(1) Solo considerar las camas en actividad, descontando las desactivadas definitiva o transitoriamente

**Quirófanos: Cantidad: Tipo:**

Acompañar listado de equipamiento con modelo y marca

**Sala de partos: Cantidad:**

**Area de esterilización:**

En caso de servicio propio acompañar listado de equipamiento con modelo y marca.

**Laboratorio: Responsable y cargo:**

Cuenta con bacteriólogo:

Guardia activa de 24 horas - Pasiva (*marcar una de las 2 opciones*)

Acompañar listado de equipamiento con modelo y marca

**Hemoterapia: Responsable y cargo:**

En caso de servicio propio acompañar listado de equipamiento con modelo y marca.

**Diagnóstico por imágenes: Responsable y cargo:**

Guardia activa de 24 horas - Pasiva (*marcar una de las 2 opciones*)

Acompañar listado de equipamiento con modelo y marca

**Guardia**

Servicio de emergencias - Consultorio de guardia (*marcar una de las 2 opciones*)

Acompañar listado de equipamiento con modelo y marca

**Consultorios externos:** Cantidad total:

Consultorios dentro de la planta física del establecimiento, N°:

En planta física aparte del establecimiento, N° Domicilio:  
Cantidad de consultorios con baño anexo:  
Detallar especialidades ofrecidas:

**Enfermería:** Responsable y cargo:

**Alimentación:** Responsable y cargo:

**Kinesiología:** Responsable y cargo:  
Acompañar listado de equipamiento con modelo y marca

**Farmacia:** Responsable y cargo:

**Lavadero:** Responsable y cargo:

**Limpieza:** Responsable y cargo:

Adjuntar listado completo de personal por servicio (profesional y técnico con N° de matrícula y especialidad, administrativo y auxiliar)

**1. Los datos consignados en la presente declaración, revisten el carácter de Declaración Jurada y estarán sujetos a revisión o auditoría por parte del I.N.S.S.J.P.**

**2. La inscripción en este Registro de Prestadores no implica obligación o compromiso de contratación por parte del I.N.S.S.J.P.**

**Responsable:**

**Fecha:**

## DECLARACION JURADA PARA ACREDITACIÓN CARDIOCIRUGIA

### DENOMINACIÓN DE LA ENTIDAD:

Domicilio \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E mail: \_\_\_\_\_

N° de CUIT: \_\_\_\_\_

Tipo de institución:    Nacional    - Provincial    - Municipal    - Privada  
Otra    (*especificar*)

*Tipo de servicio:* (marcar la opción que corresponda)

- Institución monovalente    - Servicio integrado a un establecimiento asistencial    (*En caso afirmativo consignar denominación*)

Responsable/s del Establecimiento

Apellido y nombres	Especialidad	Cargo

Habilitaciones

Habilitación Municipal N° \_\_\_\_\_  
Habilitación de Salud Pública N° \_\_\_\_\_  
Inscripción del establecimiento en SSS N° \_\_\_\_\_

Posee seguros

Seguro	Entidad aseguradora	N° de póliza	Vigencia
Mala praxis			
Responsabilidad civil			
Incendio			
ART			

Atiende afiliados PAMI (*en caso positivo especificar modalidad de atención*)

Fue prestador del Instituto (*responder en caso de que no sea actualmente prestador. Aclarar hasta cuándo y porqué suspendió la atención*)

	Recursos	Si	No
<b>Planta Física</b>			
Quirófano exclusivo para CCV			
Quirófano compartido semiexclusivo (1)			
Sala de recuperación o UTI sectorizada para postquirúrgicos			
Area de transferencia de camillas			
Area restringida y semirrestringida			
Entrada diferenciada para pacientes y personal			
Quirófano con instalación de los servicios centralizados (oxígeno, aspiración y aire comprimido)			
Sala de internación exclusiva			
Medidas preventivas contra incendio (2)			

Conectado a generador electrógeno de emergencia

Climatización adecuada (frío – calor)

Iluminación de emergencia de tubos a batería

Vestuarios con baño, para personal

(1) En caso de establecimientos polivalentes contar con más de 4 quirófanos excluyendo sala de partos

(2) Plan de evacuación, matafuegos, detectores de humo, calor y gas.

### ***Equipamiento***

Mesa de cirugía

Bomba oxigenadora

Balón de contrapulsación en el servicio

Mesa e instrumental para cardiocirugía

Monitores poliparamétricos

Cardiodesfibrilador y equipo completo para reanimación

Marcapasos externos y electrodos correspondientes (mínimo 2)

Elementos protésicos de acuerdo a demanda

Material descartable suficiente y específico

Material e instrumental para microcirugía

### **Recursos humanos**

Médico cardiocirujano responsable del servicio con experiencia mínima de 5 años en la especialidad

Cardiocirujano disponible las 24 horas

Cardiocirujano de planta

Médico anestesista disponible las 24 horas

Médico cardiólogo disponible las 24 horas

Instrumentadora disponible las 24 horas

Médico radiólogo disponible las 24 horas

Médico hemoterapeuta disponible las 24 horas

Enfermera diplomada exclusiva del área disponible las 24 horas

Técnico en circulación extracorpórea

Médico anatomopatólogo

Mucamas

Secretaria exclusiva del área

### **Funcionalidad**

Apoyo diagnóstico de todas las especialidades

Libro foliado y actualizado de cirugías de urgencia y programadas

### **Bioseguridad**

Correcta higiene y mantenimiento de la planta física

Normas de desinfección escritas y a la vista

Materiales ignífugos, no porosos y lavables en revestimientos

Area de lavado exclusivo para cirugía mayor con equipo adecuado

Mesada y lavabo para correcta decontaminación de material utilizado

Diferenciación de los residuos en comunes y patológicos con recipientes y bolsas adecuados

Depósitos exclusivos para residuos y ropa sucia en el área

Depósitos adecuados para instrumental y textil estéril

Descartadores adecuados según producción

Elementos de barrera, limpieza y desinfección adecuados y suficientes

Si realiza actividad docente consignar:

## DECLARACION JURADA PARA ACREDITACIÓN HEMODINAMIA

### DENOMINACIÓN DE LA ENTIDAD:

Domicilio \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E mail: \_\_\_\_\_

N° de CUIT: \_\_\_\_\_

Tipo de institución:    Nacional    - Provincial    - Municipal    - Privada  
Otra    (*especificar*)

*Tipo de servicio:* (marcar la opción que corresponda)

- Institución monovalente    - Servicio integrado a un establecimiento asistencial    (*En caso afirmativo consignar denominación*)

Responsable/s del Establecimiento

Apellido y nombres	Especialidad	Cargo

Habilitación Municipal N°

Habilitación de Radiofísica Sanitaria actualizada en equipo y en responsable N°

Inscripción del establecimiento en SSS N°

Posee seguros

Seguro	Entidad aseguradora	N° de póliza	Vigencia
Mala praxis			
Responsabilidad civil			
Incendio			
ART			

Atiende afiliados PAMI (*en caso positivo especificar modalidad de atención*)

Fue prestador del Instituto (*en caso positivo aclarar hasta cuándo y porqué suspendió la atención*)

<b>Recursos</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<u>Planta física</u>		
Sala de radiología equipada para estudios invasivos, paredes y puertas c/cobertura de plomo sala de revelado		
Quirófano en "stand by" para emergencias intra-estudios hemodinámicos.		
Vestuario e instalaciones sanitarias para personal		
Quirófano propio/compartido ( <i>tachar lo que no corresponda</i> )		
Sala de espera propia/compartida ( <i>tachar lo que no corresponda</i> )		
Sanitarios para público		
<u>Equipamiento</u>		
Equipo de angiografía universal digital.		
Equipo de cineangiografía.		

Arco que permite determinaciones en tres dimensiones (excluyente para angiografía transluminal coronaria y valvuloplastía)

Intensificador de imágenes y circuito de TV de alta resolución.

Video-tape.

Marcapasos externo e interno y electrodos.

Cambiador automático de placas.

Bomba inyectora de control automático de presión y volumen.

Polígrafo de cuatro canales.

Equipo de reanimación completo.

Reveladora de placas automática o manual.

Reveladora de cineangiografía.

Proyector de cineangiografía.

**Recursos humanos** (*indicar cantidad de cada uno*)

Médico especialista en Hemodinamia y angiografía responsable del sector con 3 años de experiencia como mínimo

Médico Hemodinamista con 2 años de experiencia como mínimo

Enfermera diplomada exclusiva del área.

Médico radiólogo disponible 24 horas.

Médico anestesista disponible 24 horas.

Cardiocirujano disponible.

Mucamas

#### Funcionalidad

Disponible las 24 horas para urgencias.

Implante de marcapasos interno y externo

Capacidad de realizar prácticas diagnósticas, angioplastias periféricas y valvuloplastias.

Estudios electrofisiológicos.

Embolización de malformaciones vasculares.

Angiografía de aorta y sus ramas.

Cateterismo, Cineangiocoronariografía y ventriculograma.

Ablación por radiofrecuencia.

Se anticipan informes.

Controles de calidad internos (*detallar*)

#### Bioseguridad

Normas de bioseguridad, limpieza y desinfección escritas y a la vista.

Correcta higiene y mantenimiento de la planta física

Materiales ignífugos, no porosos y lavables en revestimientos

Area de lavado exclusivo para cirugía con equipo adecuado

Mesada y lavabo para correcta decontaminación de material utilizado

Diferenciación de los residuos en comunes y patológicos con recipientes y bolsas adecuados

Depósitos exclusivos para residuos y ropa sucia en el área

Depósitos adecuados para instrumental y textil estéril

Descartadores adecuados según producción

Elementos de barrera, limpieza y desinfección adecuados y suficientes

1. Los datos consignados en la presente declaración, revisten el carácter de Declaración Jurada y estarán sujetos a revisión o auditoría por parte del I.N.S.S.J.P.

2. La inscripción en este Registro de Prestadores no implica obligación o compromiso de contratación por parte del I.N.S.S.J.P.

Responsable:

Fecha:

## DECLARACION JURADA PARA ACREDITACIÓN LABORATORIO DE III NIVEL

### DENOMINACIÓN DE LA ENTIDAD:

Domicilio \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E mail: \_\_\_\_\_

Tipo de institución:    Nacional    - Provincial    - Municipal    - Privada  
Otra    (*especificar*)

N° de CUIT: \_\_\_\_\_

*Servicio integrado a un establecimiento asistencial*    (en caso afirmativo indicar denominación)

### **Habilitaciones**

Habilitación de Autoridad Sanitaria N° \_\_\_\_\_  
Inscripción en SSS del Establecimiento N° \_\_\_\_\_

### **Si resuelve por RIA :**

Habilitación institucional de Ente de Regulación Nuclear (exCNEA)  
Habilitación individual de Ente de Regulación Nuclear (ex CNEA)

Posee seguros

Seguro	Entidad aseguradora	N° de póliza	Vigencia
Mala praxis			
Responsabilidad civil			
Incendio			
ART			

Es actualmente prestador del INSSJP: Si    - No

Fue prestador del Instituto (*responder en caso de que no sea actualmente prestador. Aclarar hasta cuándo y porqué suspendió la atención*)

### **RECURSOS HUMANOS**

#### **Director técnico**

Apellido y Nombres:

Título: \_\_\_\_\_ Universidad \_\_\_\_\_  
Fecha de egreso: \_\_\_\_\_ N° de Matrícula \_\_\_\_\_  
N° de Inscripción en Registro de Profesionales de SSS: \_\_\_\_\_  
Días y horarios de concurrencia al laboratorio: \_\_\_\_\_  
Antecedentes Profesionales: \_\_\_\_\_

#### **Otros Profesionales**

Apellido y nombre	Título	Matrícula	Días y horarios	Sección

En caso de que algunos de los profesionales consignados posea título de Especialista reconocido, anotar como ANEXO la siguiente información por profesional: Título de Especialista en ... Otorgado por ...

**Personal Técnico:**

N° total:

N° de técnicos con título habilitante:

Días y horarios:

**Personal que realiza extracciones:** N° total:

**Personal Administrativo:** N° Total

**Personal de limpieza: N° Total**

<b>Recursos</b>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Observaciones</i>
<u>Planta física</u>			
Acceso en Planta Baja y/o con ascensor			
Recepción y sala de espera			
Sanitario para público de fácil acceso			
Sala de toma de material biológico que cumple con condiciones de bioseguridad en vigencia			
Laboratorio propiamente dicho			
Cuenta con áreas de trabajo			
Administración independiente			
<b>Si resuelve por RIA</b>			
Laboratorio con piso, paredes y mesadas impermeabilizadas según normas de ERN (ex CNEA)			
Zona caliente para uso y manipuleo de radioisótopos			
Pileta con cañería sin sifón para lavado de material radioactivo			
Carteles indicadores de material radioactivo			
<b>Equipamiento</b>			
En condiciones de uso y mantenimiento adecuado			
Centrífuga			
Espectrofotómetro con baño			
Baño termostatzado			
Pipetas automáticas			
Heladera			
Freezer			
Equipo para ELISA (especificar características)			
Equipo para quimioluminiscencia (especificar características)			
Equipo para electroquimioluminiscencia (especificar características)			
Equipo para monitoreo de drogas terapéuticas (especificar características)			
Microscopio para IFI			
Consignar si cuenta con otro equipamiento			
<b>Si resuelve por RIA</b>			
Heladera exclusiva para material radiactivo			
Agitador vortex			
Bomba de vacío para aspiración			
Bulbo de goma propipeta			
Agitador magnético			
Contador para RIA (especificar características)			
<u>Bioseguridad y seguridad</u>			
El Laboratorio cumple con los requisitos de seguridad de la legislación en vigencia			

Manual de bioseguridad  
Empleo de lancetas, agujas y jeringas descartables  
Empleo de descartadores de elementos punzocortantes  
Normas de bioseguridad a la vista  
Eliminación de muestras y material. Procedimiento escrito  
Presencia de extintor/es de fuego c/ carga adecuada controlada, en lugar accesible

**Si resuelve por RIA**

Decontaminación de material radioactivo  
Normas escritas para manipulación de material radioactivo

**Proceso de atención al paciente**

Días y horarios de atención  
Turnos  
Se otorgan telefónicamente  
Cantidad de muestras procesadas por día  
Instructivo de preparación del paciente  
Cronograma de realización de prácticas

**Muestras remitidas a otro laboratorio**

En condiciones de transporte según normas de Bioseguridad y estabilidad de la muestra, con los registros adecuados

Listado de prácticas que se remiten

Listado de laboratorios receptores

**Proceso técnico**

Prácticas que resuelve en el lugar

Adjuntar listado firmado

**Registros**

Registro de entrada  
Registros de ensayo  
Registros de resultados  
Control de calidad interno  
Control de calidad externo  
Control del instrumental  
Archivo de resultados

**Información complementaria**

Manual de Calidad Si  No

Procedimientos Escritos Si  No

En caso afirmativo enumerar listado de los mismos

**GENÉTICA y BIOLOGÍA MOLECULAR**

Consignar:

- \*Recursos Humanos
- \*Instalaciones
- \*Equipamiento
- \*Listado de prácticas que resuelve
- \*Controles

1. Los datos consignados en la presente declaración, revisten el carácter de Declaración Jurada y estarán sujetos a revisión o auditoría por parte del I.N.S.S.J.P.

2. La inscripción en este Registro de Prestadores no implica obligación o compromiso de contratación por parte del I.N.S.S.J.P.

Responsable:

Fecha:

## DECLARACION JURADA PARA ACREDITACIÓN MEDICINA NUCLEAR

### DENOMINACIÓN DE LA ENTIDAD:

Domicilio Localidad

Teléfono: Fax: E mail:

N° de CUIT:

Tipo de institución:    Nacional    - Provincial    - Municipal    - Privada  
Otra    (*especificar*)

*Tipo de servicio:* (marcar la opción que corresponda)

*Institución monovalente*    - *Servicio integrado a un establecimiento asistencial*    (en caso afirmativo indicar denominación)

Responsable

Especialista Médico especializado en medicina nuclear	Apellido y Nombres	Permiso individual N°
---	--------------------	-----------------------

### Otros profesionales médicos

Especialidad	Apellido y nombres	Permiso individual
--------------	--------------------	--------------------

### Técnicos radiólogos

Apellido y nombres	N° de matrícula	Expedida por
--------------------	-----------------	--------------

Es actualmente prestador del INSSJP: Si    -    No

Fue prestador del Instituto (*responder en caso de que no sea actualmente prestador. Aclarar hasta cuándo y porqué suspendió la atención*)

### **Habilitaciones**

Habilitación Municipal N°

Permiso institucional de la ARN, N°

Inscripción del establecimiento en SSS N°

Posee seguros

Seguro	Entidad aseguradora	N° de póliza	Vigencia
Mala praxis			
Responsabilidad civil			
Incendio			
ART			



## DECLARACION JURADA PARA ACREDITACIÓN NEUROCIRUGIA

### DENOMINACIÓN DE LA ENTIDAD:

Domicilio

Localidad

Teléfono:

Fax:

E mail:

N° de CUIT:

Tipo de institución:    Nacional    - Provincial    - Municipal    - Privada  
Otra    (*especificar*)

*Tipo de servicio:* (marcar la opción que corresponda)

- Institución monovalente    - Servicio integrado a un establecimiento asistencial    (*En caso afirmativo consignar denominación*)

Responsable/s del Establecimiento

Apellido y nombres	Especialidad	Cargo

Atiende afiliados PAMI (*en caso positivo especificar modalidad de atención*)

Fue prestador del Instituto (*responder en caso de que no sea actualmente prestador. Aclarar hasta cuándo y por qué suspendió la atención*)

### Habilitaciones

Habilitación Municipal N°

Habilitación de Salud Pública N°

Inscripción del establecimiento en SSS N°

Posee seguros

Seguro	Entidad aseguradora	N° de póliza	Vigencia
Mala praxis			
Responsabilidad civil			
Incendio			
ART			

<b>Recursos</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<u>Planta física</u>		
Quirófano para cirugía mayor exclusivo (en área limpia y cercano a sector crítico)		
Compartido en área limpia y cercano a sector crítico (cantidad total de quirófanos > de 4, excluyendo sala de partos)		
Área restringida y semirestringida		
Área de lavado exclusivo para cirugía mayor.		
Quirófano con instalación en cielorrasos de todos los servicios (oxígeno, aspiración, toma central aire comprimido, gases anestésicos, electricidad, otros.)		
UTI exclusiva o sectorizada post-quirúrgica.		
Sala de internación exclusiva.		

Cuenta con consultorio y sala de espera exclusiva.

### Equipamiento

Mesa de cirugía para neurocirugía.  
Mesa de instrumentación específica par Neurocirugía.  
Microscopio para neurocirugía.  
Material quirúrgico para estereotaxia propio o aportado por cirujano.  
Material e instrumental para microcirugía.  
Elementos protésicos disponibles para cirugía de urgencia.  
Monitor equipado con canal para ECG y para presión.  
Desfibrilador/ ARM  
Marcapaso externo.  
Material descartable específico.

Drogas específicas  
Electromiograma  
Potenciales evocados  
TC y/o RMN

### Recursos humanos **(consignar número de cada uno)**

Médico Neurocirujano responsable del servicio con experiencia mínima de 5 años en la especialidad  
Médico Neurocirujano disponible las 24 horas  
Médico Anestesiista disponible 24 hs.  
Médico cardiólogo disponible las 24 horas  
Instrumentadora entrenada en especialidad disponible las 24 horas  
Médico radiólogo disponible las 24 horas  
Médico hemoterapeuta disponible las 24 horas  
Enfermera diplomada exclusiva del área disponible las 24 horas  
Auxiliar de enfermería  
Médico anatomopatólogo  
Mucamas

### Funcionalidad

Demora en turnos programados no mayor de 15 días en cirugías de la especialidad.  
Posibilidad de realizar en la Institución todos los estudios de Alta Complejidad requeridos (TAC, EEG,EMG,angiografías).  
Normas de bioseguridad, limpieza, desinfección escritas y a la vista en quirófanos.

Si realiza actividades de docencia e investigación consignar:

- 1. Los datos consignados en la presente declaración, revisten el carácter de Declaración Jurada y estarán sujetos a revisión o auditoría por parte del I.N.S.S.J.P.**
- 2. La inscripción en este Registro de Prestadores no implica obligación o compromiso de contratación por parte del I.N.S.S.J.P.**

Responsable:

Fecha:

## DECLARACION JURADA PARA ACREDITACIÓN RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR

### DENOMINACIÓN DE LA ENTIDAD:

Domicilio Localidad

Teléfono: Fax: E mail:

N° de CUIT:

Tipo de institución:    Nacional    - Provincial    - Municipal    - Privada  
Otra    (*especificar*)

*Tipo de servicio:* (marcar la opción que corresponda)

*Institución monovalente    - Servicio integrado a un establecimiento asistencial*    (en caso afirmativo indicar denominación)

Responsable

Especialista Médico radiólogo	Apellido y Nombres	Autorización individual N°

### Otros profesionales médicos

Especialidad	Apellido y nombres	N° de matrícula

### Técnicos radiólogos

Apellido y nombres	N° de matrícula	Expedida por

Es actualmente prestador del INSSJP: Si    - No

Fue prestador del Instituto (*responder en caso de que no sea actualmente prestador. Aclarar hasta cuándo y por qué suspendió la atención*)

### **Habilitaciones**

Habilitación Municipal N°

Habilitación de Radiofísica Sanitaria N°

Inscripción del establecimiento en SSS N°



**DECLARACION JURADA PARA ACREDITACIÓN  
TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA**

**DENOMINACIÓN DE LA ENTIDAD:**Domicilio LocalidadTeléfono: Fax: E mail:

N° de CUIT:

 Tipo de institución:    Nacional    - Provincial    - Municipal    - Privada  
    Otra    (*especificar*)
*Tipo de servicio:* (marcar la opción que corresponda)
*Institución monovalente    - Servicio integrado a un establecimiento asistencial    (en caso afirmativo indicar denominación)*

Responsable

Especialista Médico radiólogo	Apellido y Nombres	Autorización individual N°
----------------------------------	--------------------	----------------------------

**Otros profesionales médicos**

Especialidad	Apellido y nombres	N° de matrícula
--------------	--------------------	-----------------

**Técnicos radiólogos**

Apellido y nombres	N° de matrícula	Expedida por
--------------------	-----------------	--------------

Es actualmente prestador del INSSJP: Si    - No

 Fue prestador del Instituto (*responder en caso de que no sea actualmente prestador. Aclarar hasta cuándo y por qué suspendió la atención*)
**Habilitaciones**

Habilitación Municipal N°

Habilitación de Radiofísica Sanitaria N°

Inscripción del establecimiento en SSS N°



## DECLARACION JURADA PARA ACREDITACIÓN TERAPIA RADIANTE

### DENOMINACIÓN DE LA ENTIDAD:

Domicilio Localidad

Teléfono: Fax: E mail:

N° de CUIT:

Tipo de institución:    Nacional    - Provincial    - Municipal    - Privada  
Otra    (*especificar*)

*Tipo de servicio:* (marcar la opción que corresponda)

*Institución monovalente*    - *Servicio integrado a un establecimiento asistencial*    (en caso afirmativo indicar denominación)

Responsables

Especialistas	Apellido y Nombres	Permiso individual de ARN
Médico radioterapeuta		
Físico (especialista en física de radioterapia)		
Otros ( <i>aclarar especialidad</i> )		

### Técnicos radiólogos

Apellido y nombres	N° de matrícula	Expedida por

Es actualmente prestador del INSSJP: Si    -    No

Fue prestador del Instituto (*responder en caso de que no sea actualmente prestador. Aclarar hasta cuándo y por qué suspendió la atención*)

### **Habilitaciones**

Habilitación Municipal N°

Habilitación de Salud Pública N°

Inscripción del establecimiento en SSS N°

Autorización ARN del establecimiento de acuerdo al perfil prestacional con N° de cada una

Posee seguros

Seguro	Entidad aseguradora	N° de póliza	Vigencia
Mala praxis			
Responsabilidad civil			
Incendio			
ART			

Recursos	Si	No
<u>Perfil prestacional</u>		
Cobaltoterapia		
Acelerador lineal con emisión de electrones y fotones		
Radioterapia tridimensional conformada		
Braquiterapia intracavitaria / intersticial / intraluminal ( <i>tachar lo que no posee</i> )		
Radioterapia superficial o semiprofunda con emisión de fotones entre 80 y 300 Kv		

De acuerdo al perfil prestacional declarado describir el equipamiento de que dispone

<u>Planta física</u>
Ubicada en planta baja o con ascensor montacamillas. Cuarto caliente (con blindaje), y o contenedor ad-hoc aprobado destinado al almacenamiento, manipuleo y transporte de material radiactivo. Habitación de espera para pacientes a estudiar, con capacidad para una camilla Habitación de aislamiento para braquiterapia Suficiente iluminación natural y artificial Climatización frío/calor (aire acondicionado) Vestuario independiente para pacientes Sala confortable para pacientes y acompañantes Sanitarios para el público, adecuados para discapacitados motores Señalización adecuada Medidas contra incendio
<u>Funcionalidad</u>
Normas y registros de controles periódicos (clínicos, laboratorios, etc) y dosimetría para el personal. Historias clínicas con registro de tipo de tratamiento, sesiones realizadas, evoluciones clínicas, controles de laboratorio. Registro de inspección y control de mantenimiento de equipos, efectuados por autoridad habilitante. Seguimiento registrado de pacientes post-alta. Informes parciales y finales al médico derivador. Cartelera con días y horario de atención. Registro de turnos programados. Evaluación de calidad y grado de satisfacción de los tratamientos efectuados, por parte de los profesionales.
<u>Bioseguridad</u>
Entrenamiento de todo el personal sobre normas de bioseguridad específica. Correcta higiene y mantenimiento de la planta física Normas de desinfección escritas y a la vista Materiales ignífugos, no porosos y lavables en revestimientos Diferenciación de los residuos en comunes y patológicos con recipientes y bolsas adecuados

**1. Los datos consignados en la presente declaración, revisten el carácter de Declaración Jurada y estarán sujetos a revisión o auditoría por parte del I.N.S.S.J.P.**

**2. La inscripción en este Registro de Prestadores no implica obligación o compromiso de contratación por parte del I.N.S.S.J.P.**

Responsable:

Fecha:

## DECLARACIÓN JURADA DE ACREDITACIÓN DE LA RED RESTACIONAL

NIVEL I

## DECLARACIÓN JURADA DE MEDICO DE CABECERA

Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N° de Cuit \_\_\_\_\_

Domicilio particular: Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dto. \_\_\_\_\_  
 CP. \_\_\_\_\_  
 Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Domicilio del consultorio: Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dto. \_\_\_\_\_  
 CP. \_\_\_\_\_  
 Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_ Expedido por: \_\_\_\_\_  
 Fecha de egreso: \_\_\_\_\_  
 Matrícula profesional: N° \_\_\_\_\_ Expedida por: \_\_\_\_\_  
 Especialidad (1): \_\_\_\_\_ Certificación expedida por: \_\_\_\_\_  
 Residencia médica completa de la especialidad: Si No  
*(Acompañar copia autenticada de certificaciones u original y fotocopia)*  
*(1) Se priorizan las especialidades de geriatría, clínica médica, medicina familiar, generalista*

Antecedentes laborales *(incluye los que desempeña actualmente)*:

Fecha		Lugar	Concurrencia (*)	
Desde	Hasta		Día	Horario

(\*) *Solamente para la actividad actual*  
*(Acompañar Currículo Vitae)*

Actualmente desempeña actividad asistencial Si No Donde

Consultorio:

Habilitación N°

Fecha de vigencia

Expedida por:

Inscripción en la SSS N°

Fecha de vigencia

Posee seguros

Seguro	Entidad aseguradora	N° de póliza	Vigencia
Mala praxis			
Responsabilidad civil			
Incendio			

Días y horarios de atención actual en consultorio

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Días y horario que estaría dispuesto a dedicar para la atención de beneficiarios del Instituto.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Recursos	Si	No	Observaciones
Adecuado acceso desde el exterior (1)			
Identificación de la entrada			
Dispone de personal administrativo			
<i>Sala de espera</i>			
Suficiente espacio			
Revestimientos ignífugos, no porosos y lavables			
Climatización frío calor apta (2)			
Asientos suficientes			
Baño para pacientes con fácil acceso			
<i>Consultorio</i>			
Espacio no menor a 7 m <sup>2</sup>			
Revestim. Ignífugos, no porosos y lavables			
Climatización frío / calor apta (2)			
Asientos, no menos de 3			
Lavabo o baño anexo con acceso directo			
Equipamiento completo (3)			
<i>Funcionalidad</i>			
Otorga turnos por teléfono			N°
Otorga los turnos con un máximo de 4 días posteriores a su solicitud			

Confecciona planilla de registro de turnos			
Frecuencia de turnos no inferior a 20 minutos			
Confecciona planilla diaria de atención de pacientes			
<i>Historia clínica</i>			
Legible			
Anamnesis y examen físico completo			
Registro de diagnóstico / s			
Estudios complementarios según diagnóstico presuntivo			
<i>Bioseguridad</i>			
Revestimientos sin deterioros			
Correcta higiene			
Elementos de barrera adecuados y suficientes			
Elementos para el correcto lavado de manos			

- (1) En planta baja o con ascensor. Acceso a nivel con no más de 10 escalones, pasamanos a ambos lados, revestimiento antideslizante, narices evidenciadas.
- (2) No representa un riesgo (no se aceptan calefactores de llama abierta)
- (3) Balanza, pantoscopio, tensiómetro, termómetro, estetoscopio, carro de curaciones, camilla

Toda la información consignada precedentemente tiene carácter de DECLARACION JURADA, estando sujeta a AUDITORIA por parte del INSSJyP

## DECLARACIÓN JURADA DE LABORATORIOS DE I NIVEL

Entidad:

Domicilio:

Provincia:

Localidad:

T.E:

Fax:

e-mail:

Habilitación de Autoridad Sanitaria N°  
Inscripción en SSS del Establecimiento N°

Seguro de Mala Praxis: Si  No   
No

Responsabilidad civil: Si

Contra Incendios: Si  No

Código de prestador si en la actualidad es efector del Instituto:

Accesibilidad geográfica: Medios de Transporte:

### I. ESTRUCTURA

#### RECURSOS HUMANOS

##### Director técnico

Apellido y Nombres: .....

Título:.....Universidad.....

Fecha de egreso: ..... N° de Matrícula .....

N° de Inscripción en Registro de Profesionales de SSS: .....

Días y horarios: .....

Antecedentes

Profesionales:.....

.....

.....

Bacteriólogo: Apellido y nombre .....

Título otorgado por: .....

N° de Matrícula.....

Días ..... y

horarios:.....

#### Otros Profesionales

Apellido y nombre	Título	Matrícula	Días y horarios	Sección

En caso de que algunos de los profesionales consignados posea título de **Especialista** reconocido, anotar como ANEXO la siguiente información por profesional: **Título de Especialista en..... Otorgado por.....**

#### Personal Técnico:

N° ..... total:

.....

N° de técnicos con título habilitante: .....

Días y horarios: .....

Personal que realiza extracciones: N° total:.....

Personal Administrativo: N°

Total.....

Personal de limpieza: N°

Total.....

Recursos	Si	No	Observaciones
<b>Planta física</b>	---	---	
Recepción y sala de espera			
Acceso en Planta Baja y/o con ascensor			
Sanitario para público de fácil acceso			
Sala de toma de material biológico que cumple con condiciones de bioseguridad en vigencia			
Laboratorio propiamente dicho			
Cuenta con áreas de trabajo			
Administración independiente			
<b>Equipamiento</b>			
En condiciones de uso y mantenimiento adecuado			
Microscopio			
Espectrofotómetro con baño			
Fotómetro de llama/ Ión selectivo			
Centrífuga			
Microcentrífuga			
Cámara de Neubauer			
Fuente de poder y cuba electroforética			
Estufa de cultivo			
Estufa de esterilización			
Autoclave			
Baño termostatzado			
Pipetas automáticas			
Cronómetro			
Heladera con freezer			
Equipamiento adicional			
<b>II. PROCESO</b>			
<b>Bioseguridad y seguridad</b>			
El Laboratorio cumple con los requisitos de seguridad de la legislación en vigencia			
Manual de bioseguridad			
Empleo de lancetas, agujas y jeringas descartables			
Empleo de descartadores de elementos punzocortantes			
Normas de bioseguridad a la vista			
Eliminación de muestras y material. Procedimiento escrito			
Presencia de extintor/es de fuego c/ carga adecuada controlada, en lugar accesible			
<b>Proceso de atención al paciente</b>			
Días y horarios de atención			
Turnos			
Se otorgan telefónicamente			

Cantidad de muestras procesadas por día			
Instructivo de preparación del paciente			
Entrega de material para recolección de muestra			
Extracción diaria a domicilio			
<b>Muestras remitidas a otro laboratorio</b>			
En condiciones de transporte según normas de Bioseguridad y estabilidad de la muestra, con los registros adecuados			
En caso afirmativo listado de prácticas que se remiten			
Listado de laboratorios receptores			
<b>Proceso técnico</b>			
Prácticas que resuelve en el lugar. Adjuntar listado firmado			
<b>Registros</b>			
Registro de entrada			
Registros de ensayo			
Registros de resultados			
Control de calidad interno			
Control de calidad externo			
Control del instrumental			
<b>III. RESULTADO</b>			
Archivo de resultados			

#### INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Manual de Calidad

Procedimientos Escritos

En caso afirmativo enumerar listado de los mismos.....

.....

## DECLARACIÓN JURADA PARA ACREDITACION de CENTROS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGENES DE I NIVEL

**ENTIDAD:** (Razón Social y nombre de fantasía)

**Domicilio:** Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

*Servicio con planta física independiente* Si  No

*Servicio integrado a otro efector* Si  No  En caso afirmativo indicar denominación:

Habilitación Municipal N° \_\_\_\_\_

Inscripción del establecimiento en SSS N° \_\_\_\_\_

Habilitación de Radiofísica Sanitaria, actualizada en responsable y equipamiento N° \_\_\_\_\_

Posee seguros

Seguro	Entidad aseguradora	N° de póliza	Vigencia
Mala praxis			
Responsabilidad civil			
Incendio			

Código de prestador si en la actualidad es efector del *I.N.S.S.J.P.*:

Estadística de atención

Prestación	Promedio (A)	Observaciones
Radiología simple		
Radiología contrastada		
Ecografía		
Mamografía		

(A) Consignar el promedio de atención diario de pacientes considerando los últimos 12 meses.

### RECURSOS HUMANOS

**Médico radiólogo responsable de uso:**

Apellido y nombres:

N° de Cuit/Cuil \_\_\_\_\_

Autorización individual N° \_\_\_\_\_

Título:

Otorgado por:

Fecha de egreso:

N° de Matrícula:

Expedida por:

N° de Inscripción en Registro de Profesionales de SSS \_\_\_\_\_

Días y horarios de concurrencia a la entidad:

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

**Responsable de instalación:**

Apellido y nombre \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

N° de Cuit/Cuil \_\_\_\_\_

### Otros Profesionales

Apellido y nombre	Título	Matrícula	Especialidad	Cuit/Cuil

### Técnicos

Apellido y nombre	Título	Matrícula	Cuit/Cuil

**Personal Administrativo: N° Total**

**Personal de limpieza: N° Total**

### PLANTA FISICA

Recursos	Si	No	Observaciones
Individualización exterior del servicio en acceso principal			
Acceso adecuado (1)			
Posibilidad de circulación de camillas y sillas de ruedas en todas las áreas y vinculaciones			
Matafuegos de acuerdo a normas			
Llaves termoeléctricas			
Revestimientos ignífugos y lavables en todas las áreas			
<b><u>Recepción y sala de espera</u></b>			
Suficiente espacio			
Climatización invierno/verano apta (2)			
Asientos suficientes			
Sanitarios para público en el sector y con fácil acceso			
<b><u>Salas de radiología</u></b>			
2 salas			
Superficie total: 36 m <sup>2</sup>			
Sanitario de uso exclusivo para pacientes independiente de otros locales			
Cambiador o biombo			
Climatización invierno/verano apta (2)			
Cuarto oscuro integrado al servicio preferentemente con revelado automático.			
<b><u>Sala de mamografía</u></b>			
Cambiador o biombo			
Climatización invierno/verano apta (2)			
<b><u>Sala de ecografía</u></b>			
Exclusiva (en caso negativo aclarar)			
Cambiador o biombo			
Climatización invierno/verano apta (2)			

### EQUIPAMIENTO

<b><u>Radiología convencional simple / contrastada</u></b>			
2 equipos (3)			
<b><u>Radiología en domicilio simple</u></b>			
1 equipo portátil 30mA/90Kv. (4)			
1 parrilla antidifusora.			
<b><u>Mamografía</u></b>			
1 Mamógrafo foco 01/03 (4)			

capacidad de sistema para magnificación			
<b>Ecografía</b>			
1 Ecógrafo mínimo 64 escalas de grises. Capacidad de congelación de imágenes. Sistema de magnificación en pantalla. (4)			

(1) En planta baja: a nivel vereda o rampa; en planta alta con ascensor camillero.

(2) No representa un riesgo (no se aceptan calefactores de llama abierta)

(3) 2 generadores: Uno de 500 mA/125 Kv, mesa basculable con potter bucky, otro de 200 mA/100 Kv, mesa fija con potter bucky. Uno de ellos debe contar con Seriógrafo automático con intensificador de imágenes, estativo mural y potter bucky mural.

En caso de respuesta negativa o superar el requerimiento, describir el equipamiento con que cuenta.

(4) En caso de respuesta negativa o superar el requerimiento describir el equipamiento con que cuenta.

### FUNCIONALIDAD

Días y horarios de atención del Centro:

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Recursos	Si	No	Observaciones
Se otorgan turnos telefónicamente			N° de tel.:
Instructivos de preparación de pacientes			
Duplicados de protocolos			
Sistema de identificación, registro y archivo de estudios			
Registro de estándares y control de calidad de imágenes			
<b><u>Radiología convencional simple / contrastada</u></b>			
2 equipos (3)			

### MENÚ PRESTACIONAL IMAGENES DE I NIVEL AMBULATORIO

<b>RADIOLOGÍA GENERAL</b>			
1. Articulación temporomaxilar.			
2. Colecistografía endovenosa (con o sin prueba de evacuación).			
3. Colecistografía oral (con o sin prueba de Boydem).			
4. Colon por enema y evacuado (con o sin técnica de doble contraste)			
5. Medición comparativa de miembros inferiores.			
6. Radioscopias en general.			
7. Radiografías de cráneo, cara, senos paranasales, cavum.			
8. Posiciones especiales de cráneo (hueso temporal, agujeros ópticos, etc.).			
9. Radiografías de Raquis (cervical, dorsal, lumbar, sacro).			

10.	Radiografía de hombro, humero, pelvis, cadera y femur.			
11.	Radiografía del codo, antebrazo, muñeca, mano, dedos, rodilla, pierna, tobillo y pie.			
12.	Radiografía teleradiográfica de tórax.			
13.	Radiografía teleradiográfica de tórax con o sin relleno esofágico			
14.	Tórax, Parrilla Costal.			
15.	Radiografías directas de abdomen.			
16.	Radiografía simple de árbol urinario.			
17.	Seriada lileocecoapendicular.			
18.	Seriadas digestivas (esófago – gastro – duodenal : con o sin técnica de doble contraste).			
19.	Tránsito de intestino delgado o de colon.			
20.	Urograma excretor ( con o sin estudio vesical, pre y post miccional ).			
21.	Urograma minutado o por goteo.			

<b>RADIOLOGÍA EN DOMICILIO</b>				
	Proyecciones simples en general.			

<b>MAMOGRAFIA</b>				
1.	Proyección cráneo – podal.			
2.	Proyección perfil.			
3.	Proyección axilar.			
4.	Magnificaciones.			
5.	Marcaciones.			

<b>ECOGRAFIA <i>En consultorio</i></b>				
1.	Tocoginecológica.			
2.	Mamaria bilateral.			
3.	Cerebral (con mod. B y A ).			
4.	Cerebral (sin mod. B y A ).			
5.	Tiroidea.			
6.	Testículos.			
7.	Completa de abdomen.			
8.	Hepática, biliar , esplénica o torácica.			
9.	Renal bilateral.			
10.	De aorta abdominal dinámica y estática.			
11.	Páncreas, suprarrenal.			

<b>ECOGRAFIA <i>en domicilio</i></b>				
1.	Abdominal			
2.	Pelvis			
3.	Organos superficiales			

### **BIOSEGURIDAD**

<b>Recursos</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Observaciones</b>
Manual de bioseguridad			
Normas de bioseguridad a la vista			

Empleo de lancetas, agujas y jeringas descartables			
Empleo de descartadores de elementos punzocortantes			
Eliminación de muestras y material. Procedimiento Escrito			
Kit de emergencia para reacciones alérgicas o anafilácticas completo.			

***Toda la información consignada precedentemente tiene carácter de DECLARACION JURADA, estando sujeta a AUDITORIA por parte del INSSJyP***

## DECLARACIÓN JURADA para ACREDITACION de FISIOKINESIOTERAPIA

Denominación de la entidad

Domicilio: Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dto. \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
 Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Consultorio unipersonal: Si  No  - Centro: Si  No  (marcar una de las 2 opciones)**

Funciona en planta física independiente: Si  No  - Dentro de otra institución: Si  No  - En caso positivo aclarar:

Profesional responsable:  
 Habilitación de Autoridad Sanitaria N° \_\_\_\_\_ Expedida por \_\_\_\_\_  
 Antecedentes laborales de los Profesionales (acompañar con Currículo Vitae)

Posee seguros

Seguro	Entidad aseguradora	N° de póliza	Vigencia
Mala praxis			
Responsabilidad civil			
Incendio			

### Recursos humanos

#### • Profesionales

Apellido y nombre	Título	Matrícula	N° de inscripción en S.S.S

Días y horarios de atención

<u>Profesional</u>	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

• **Recepcionista:** Si  - No  - Horario

<u>Recursos</u>	<u>Nivel de Resolución</u>				<u>Observaciones</u>
	<u>Baja</u>		<u>Mediana</u>		
	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Si</u>	<u>No</u>	
<b><i>Estructura:</i></b>					
Sector de Admisión					
Ubicado en planta baja o piso alto con ascensor					
Sin barreras arquitectónicas (posibilidad de acceso de silla de ruedas/ muletas).					
Sala de espera con sillas suficientes para pacientes.					
Baño para discapacitados					
Baño con adaptaciones para personas con movilidad reducida (agarraderas y puerta que abre hacia fuera)					

Lavabo y/o baño anexo					
Sectorización en 2 boxes			----	----	
Sectorización en 4 boxes o más	----	----			
<b>Gimnasio de Ejercitación</b>					
9 m2 con pasamanos perimetrales, bicicleta, poleas.			----	----	
20 m2 con paralelas/ pasamanos perimetrales, bicicleta, poleas, ruedas y elementos de marcha.	----	----			
<b>Equipamiento suficiente y en perfecto funcionamiento:</b>					
US, OC, IR			----	----	
Nebulizador, Láser, Magneto y Corrientes/ Tens	----	----			
Silla de ruedas en el sector.					
Disyuntor en el sector.					
<b>Funcionalidad</b>					
Planillas de turnos.					
Fichas kinésicas completas y evolucionadas					
Cumplimiento de la UPK.					
Adecuada periodicidad de las prácticas					
<b>Bioseguridad</b>					
Elementos de barrera adecuados y suficientes.					
Elementos para higiene de manos.					
Correcta higiene del sector.					

**NIVEL II  
DECLARACIÓN JURADA  
EFECTOR DE II NIVEL**

**DENOMINACIÓN DE LA ENTIDAD:**

Domicilio: Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E mail: \_\_\_\_\_  
Tipo de institución: Nacional - Provincial - Municipal - Privada  
Otra (especificar) \_\_\_\_\_

**Habilitaciones**

Habilitación Municipal N° \_\_\_\_\_  
Habilitación de Salud Pública N° \_\_\_\_\_  
Inscripción del establecimiento en SSS N° \_\_\_\_\_

Posee seguros

Seguro	Entidad aseguradora	N° de póliza	Vigencia
Mala praxis			
Responsabilidad civil			
Incendio			
ART			

Información impositiva

CUIT N° \_\_\_\_\_ IVA N° \_\_\_\_\_  
Aportes jubilatorios N° de cuenta: \_\_\_\_\_ Ingresos brutos N° \_\_\_\_\_

Responsable/s del Establecimiento

Apellido	Nombres	Cargo

En la actualidad es efector del INSSJP: Si - No - En caso afirmativo consignar Código de prestador \_\_\_\_\_

Atiende otras obras sociales (detallar)

Servicio tercerizado	Nombre de la empresa	Funciona dentro o fuera del establecimiento

Dentro del establecimiento funcionan servicios especializados independientes SI - NO  
(Detallar) \_\_\_\_\_

Nivel de resolución ofrecido

**Marcar una sola de las siguientes opciones - Ver descripción al final de la planilla**

NIVEL 1 Mínima resolución	NIVEL 2 Baja resolución	NIVEL 3 Mediana resolución	NIVEL 4 Alta resolución

### Capacidad prestacional

	TOTAL	PISO	UTI/UCO	OTRAS ( <i>detallar</i> )
Camas (1)				
Camas ofrecidas				
Total de internados a la fecha				
Total de internados PAMI ( <i>si hubiera</i> )				

(1) Solo considerar las camas en actividad, descontando las desactivadas definitiva o transitoriamente

### Quirófanos: Cantidad: Tipo:

Acompañar listado de equipamiento con modelo y marca

### Sala de partos: Cantidad:

### Area de esterilización:

En caso de servicio propio acompañar listado de equipamiento con modelo y marca.

### Laboratorio: Responsable y cargo:

Cuenta con bacteriólogo:

Guardia activa de 24 horas - Pasiva (*marcar una de las 2 opciones*)

Acompañar listado de equipamiento con modelo y marca

### Hemoterapia: Responsable y cargo:

En caso de servicio propio acompañar listado de equipamiento con modelo y marca.

### Diagnóstico por imágenes: Responsable y cargo:

Guardia activa de 24 horas - Pasiva (*marcar una de las 2 opciones*)

Acompañar listado de equipamiento con modelo y marca

### **Guardia**

Servicio de emergencias - Consultorio de guardia (*marcar una de las 2 opciones*)

Acompañar listado de equipamiento con modelo y marca

### **Consultorios externos:** Cantidad total:

Consultorios dentro de la planta física del establecimiento, N°:

En planta física aparte del establecimiento, N° Domicilio:

Cantidad de consultorios con baño anexo:

Detallar especialidades ofrecidas:

**Enfermería:** Responsable y cargo:

**Alimentación:** Responsable y cargo:

**Kinesiología:** Responsable y cargo:

Acompañar listado de equipamiento con modelo y marca

**Farmacia:** Responsable y cargo:

**Lavadero:** Responsable y cargo:

**Limpieza:** Responsable y cargo:

Adjuntar listado completo de personal por servicio (profesional y técnico con N° de matrícula y especialidad, administrativo y auxiliar)

**1. Los datos consignados en la presente declaración, revisten el carácter de Declaración Jurada y estarán sujetos a revisión o auditoría por parte del I.N.S.S.J.P.**

**2. La inscripción en este Registro de Prestadores no implica obligación o compromiso de contratación por parte del I.N.S.S.J.P.**

**Responsable:**

**Fecha:**

=====

### Descripción del encuadre del nivel de resolución

El nivel de resolución supone que el establecimiento, según sus recursos y funcionalidad, está en condiciones de llevar a cabo las acciones de diagnóstico y tratamiento terapéutico de pacientes con patologías que requieran hasta cierto grado de complejidad.

**NIVEL 1 – Mínima resolución:** Efectores que brindan básicamente atención primaria, atención de patologías de bajo riesgo y detección de patologías que deben ser derivadas a centros de mayor complejidad.

Asegura medios de comunicación eficientes (radio, teléfono u otros) y sistema de derivación.

Cuenta con los siguientes servicios: guardia, internación (por lo general no mas de 10 camas), consultorios externos, puede o no tener sala de partos y servicios de apoyo (Rx., laboratorio, etc.)

**NIVEL 2 – Baja resolución:** Establecimientos capaces de ofrecer atención de I y II Nivel con resolución de algunas patologías clínicas y quirúrgicas de bajo riesgo.

Cuenta con las 4 clínicas básicas y con quirófano además de los servicios descriptos en Nivel 1. (No posee UTI).

**NIVEL 3 – Mediana resolución:** A los servicios que brinda el nivel 2 se agrega un mayor grado de resolución de patologías y procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

Cuenta además con los servicios de UTI/ UCO.

**NIVEL 4 – Alta resolución:** Establecimientos con capacidad para la resolución de diagnóstico y tratamiento de patologías de alto riesgo y/o de alta complejidad.

### NIVEL III

## DECLARACION JURADA CARDIOCIRUGIA

### DENOMINACIÓN DE LA ENTIDAD:

Domicilio Localidad

Teléfono: Fax: E mail:

N° de CUIT:

Tipo de institución: Nacional - Provincial - Municipal - Privada  
Otra (especificar)

*Tipo de servicio:* (marcar la opción que corresponda)

- Institución monovalente - Servicio integrado a un establecimiento asistencial (En caso afirmativo consignar denominación)

Responsable/s del Establecimiento

Apellido y nombres	Especialidad	Cargo

Habilitaciones

Habilitación Municipal N°

Habilitación de Salud Pública N°

Inscripción del establecimiento en SSS N°

Posee seguros

Seguro	Entidad aseguradora	N° de póliza	Vigencia
Mala praxis			
Responsabilidad civil			
Incendio			
ART			

Atiende afiliados PAMI (en caso positivo especificar modalidad de atención)

Fue prestador del Instituto (responder en caso de que no sea actualmente prestador. Aclarar hasta cuándo y porqué suspendió la atención)

	Recursos	Si	No
<b>Planta Física</b>			
Quirófano exclusivo para CCV			
Quirófano compartido semiexclusivo (1)			
Sala de recuperación o UTI sectorizada para postquirúrgicos			
Area de transferencia de camillas			
Area restringida y semirrestringida			
Entrada diferenciada para pacientes y personal			
Quirófano con instalación de los servicios centralizados (oxígeno, aspiración y aire comprimido)			
Sala de internación exclusiva			
Medidas preventivas contra incendio (2)			
Conectado a generador eléctrico de emergencia			
Climatización adecuada (frío – calor)			

Iluminación de emergencia de tubos a batería

Vestuarios con baño, para personal

(1) En caso de establecimientos polivalentes contar con más de 4 quirófanos excluyendo sala de partos

(2) Plan de evacuación, matafuegos, detectores de humo, calor y gas.

### ***Equipamiento***

Mesa de cirugía

Bomba oxigenadora

Balón de contrapulsación en el servicio

Mesa e instrumental para cardiocirugía

Monitores poliparamétricos

Cardiodesfibrilador y equipo completo para reanimación

Marcapasos externos y electrodos correspondientes (mínimo 2)

Elementos protésicos de acuerdo a demanda

Material descartable suficiente y específico

Material e instrumental para microcirugía

### **Recursos humanos**

Médico cardiocirujano responsable del servicio con experiencia mínima de 5 años en la especialidad

Cardiocirujano disponible las 24 horas

Cardiocirujano de planta

Médico anestesista disponible las 24 horas

Médico cardiólogo disponible las 24 horas

Instrumentadora disponible las 24 horas

Médico radiólogo disponible las 24 horas

Médico hemoterapeuta disponible las 24 horas

Enfermera diplomada exclusiva del área disponible las 24 horas

Técnico en circulación extracorpórea

Médico anatomopatólogo

Mucamas

Secretaria exclusiva del área

### **Funcionalidad**

Apoyo diagnóstico de todas las especialidades

Libro foliado y actualizado de cirugías de urgencia y programadas

### **Bioseguridad**

Correcta higiene y mantenimiento de la planta física

Normas de desinfección escritas y a la vista

Materiales ignífugos, no porosos y lavables en revestimientos

Área de lavado exclusivo para cirugía mayor con equipo adecuado

Mesada y lavabo para correcta decontaminación de material utilizado

Diferenciación de los residuos en comunes y patológicos con recipientes y bolsas adecuados

Depósitos exclusivos para residuos y ropa sucia en el área

Depósitos adecuados para instrumental y textil estéril

Descartadores adecuados según producción

Elementos de barrera, limpieza y desinfección adecuados y suficientes

Si realiza actividad docente consignar:

**DECLARACION JURADA**  
**HEMODINAMIA**

**DENOMINACIÓN DE LA ENTIDAD:**

Domicilio Localidad

Teléfono: Fax: E mail:

N° de CUIT:

Tipo de institución:    Nacional    - Provincial    - Municipal    - Privada  
Otra    (*especificar*)

*Tipo de servicio:* (marcar la opción que corresponda)

- Institución monovalente    - Servicio integrado a un establecimiento asistencial    (*En caso afirmativo consignar denominación*)

Responsable/s del Establecimiento

Apellido y nombres	Especialidad	Cargo

Habilitación Municipal N°

Habilitación de Radiofísica Sanitaria actualizada en equipo y en responsable N°

Inscripción del establecimiento en SSS N°

Posee seguros

Seguro	Entidad aseguradora	N° de póliza	Vigencia
Mala praxis			
Responsabilidad civil			
Incendio			
ART			

Atiende afiliados PAMI (*en caso positivo especificar modalidad de atención*)

Fue prestador del Instituto (*en caso positivo aclarar hasta cuándo y porqué suspendió la atención*)

	Si	No
<b>Recursos</b>		
<u>Planta física</u>		
Sala de radiología equipada para estudios invasivos, paredes y puertas c/cobertura de plomo sala de revelado		
Quirófano en "stand by" para emergencias intra-estudios hemodinámicos.		
Vestuario e instalaciones sanitarias para personal		
Quirófano propio/compartido ( <i>tachar lo que no corresponda</i> )		
Sala de espera propia/compartida ( <i>tachar lo que no corresponda</i> )		
Sanitarios para público		
<u>Equipamiento</u>		
Equipo de angiografía universal digital.		
Equipo de cineangiografía.		
Arco que permite determinaciones en tres dimensiones (excluyente para angiografía transluminal coronaria y valvuloplastía)		
Intensificador de imágenes y circuito de TV de alta resolución.		

Video-tape.

Marcapasos externo e interno y electrodos.

Cambiador automático de placas.

Bomba inyectora de control automático de presión y volumen.

Polígrafo de cuatro canales.

Equipo de reanimación completo.

Reveladora de placas automática o manual.

Reveladora de cineangiografía.

Proyector de cineangiografía.

**Recursos humanos** (*indicar cantidad de cada uno*)

Médico especialista en Hemodinamia y angiografía responsable del sector con 3 años de experiencia como mínimo

Médico Hemodinamista con 2 años de experiencia como mínimo

Enfermera diplomada exclusiva del área.

Médico radiólogo disponible 24 horas.

Médico anestesista disponible 24 horas.

Cardiocirujano disponible.

Mucamas

#### Funcionalidad

Disponible las 24 horas para urgencias.

Implante de marcapasos interno y externo

Capacidad de realizar prácticas diagnósticas, angioplastías periféricas y valvuloplastías.

Estudios electrofisiológicos.

Embolización de malformaciones vasculares.

Angiografía de aorta y sus ramas.

Cateterismo, Cineangiocoronariografía y ventriculograma.

Ablación por radiofrecuencia.

Se anticipan informes.

Controles de calidad internos (*detallar*)

#### Bioseguridad

Normas de bioseguridad, limpieza y desinfección escritas y a la vista.

Correcta higiene y mantenimiento de la planta física

Materiales ignífugos, no porosos y lavables en revestimientos

Area de lavado exclusivo para cirugía con equipo adecuado

Mesada y lavado para correcta descontaminación de material utilizado

Diferenciación de los residuos en comunes y patológicos con recipientes y bolsas adecuados

Depósitos exclusivos para residuos y ropa sucia en el área

Depósitos adecuados para instrumental y textil estéril

Descartadores adecuados según producción

Elementos de barrera, limpieza y desinfección adecuados y suficientes

1. Los datos consignados en la presente declaración, revisten el carácter de Declaración Jurada y estarán sujetos a revisión o auditoría por parte del I.N.S.S.J.P.

2. La inscripción en este Registro de Prestadores no implica obligación o compromiso de contratación por parte del I.N.S.S.J.P.

Responsable:

Fecha:



**Personal Técnico:**

N° total:

N° de técnicos con título habilitante:

Días y horarios:

**Personal que realiza extracciones:** N° total:**Personal Administrativo:** N° Total**Personal de limpieza: N° Total**

<b>Recursos</b>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Observaciones</i>
<u>Planta física</u>			
Acceso en Planta Baja y/o con ascensor			
Recepción y sala de espera			
Sanitario para público de fácil acceso			
Sala de toma de material biológico que cumple con condiciones de bioseguridad en vigencia			
Laboratorio propiamente dicho			
Cuenta con áreas de trabajo			
Administración independiente			
<b>Si resuelve por RIA</b>			
Laboratorio con piso, paredes y mesadas impermeabilizadas según normas de ERN (ex CNEA)			
Zona caliente para uso y manipuleo de radioisótopos			
Pileta con cañería sin sifón para lavado de material radioactivo			
Carteles indicadores de material radioactivo			
<b>Equipamiento</b>			
En condiciones de uso y mantenimiento adecuado			
Centrífuga			
Espectrofotómetro con baño			
Baño termostatzado			
Pipetas automáticas			
Heladera			
Freezer			
Equipo para ELISA (especificar características)			
Equipo para quimioluminiscencia (especificar características)			
Equipo para electroquimioluminiscencia (especificar características)			
Equipo para monitoreo de drogas terapéuticas (especificar características)			
Microscopio para IFI			
Consignar si cuenta con otro equipamiento			
<b>Si resuelve por RIA</b>			
Heladera exclusiva para material radiactivo			
Agitador vortex			
Bomba de vacío para aspiración			
Bulbo de goma propipeta			
Agitador magnético			
Contador para RIA (especificar características)			
<u>Bioseguridad y seguridad</u>			
El Laboratorio cumple con los requisitos de seguridad de la legislación en vigencia			
Manual de bioseguridad			
Empleo de lancetas, agujas y jeringas descartables			
Empleo de descartadores de elementos punzocortantes			
Normas de bioseguridad a la vista			

Eliminación de muestras y material. Procedimiento escrito

Presencia de extintor/es de fuego c/ carga adecuada controlada, en lugar accesible

**Si resuelve por RIA**

Decontaminación de material radioactivo

Normas escritas para manipulación de material radioactivo

**Proceso de atención al paciente**

Días y horarios de atención

Turnos

Se otorgan telefónicamente

Cantidad de muestras procesadas por día

Instructivo de preparación del paciente

Cronograma de realización de prácticas

**Muestras remitidas a otro laboratorio**

En condiciones de transporte según normas de Bioseguridad y estabilidad de la muestra, con los registros adecuados

Listado de prácticas que se remiten

Listado de laboratorios receptores

**Proceso técnico**

Prácticas que resuelve en el lugar

Adjuntar listado firmado

**Registros**

Registro de entrada

Registros de ensayo

Registros de resultados

Control de calidad interno

Control de calidad externo

Control del instrumental

Archivo de resultados

**Información complementaria**

Manual de Calidad            Si  No

Procedimientos Escritos            Si  No

En caso afirmativo enumerar listado de los mismos

**GENÉTICA y BIOLOGÍA MOLECULAR**

Consignar:

\*Recursos Humanos

\*Instalaciones

\*Equipamiento

\*Listado de prácticas que resuelve

\*Controles

*1. Los datos consignados en la presente declaración, revisten el carácter de Declaración Jurada y estarán sujetos a revisión o auditoría por parte del I.N.S.S.J.P.*

*2. La inscripción en este Registro de Prestadores no implica obligación o compromiso de contratación por parte del I.N.S.S.J.P.*

Responsable:

Fecha:

## DECLARACION JURADA MEDICINA NUCLEAR

### DENOMINACIÓN DE LA ENTIDAD:

Domicilio

Localidad

Teléfono:

Fax:

E mail:

N° de CUIT:

Tipo de institución:    Nacional    - Provincial    - Municipal    - Privada  
Otra    (*especificar*)

*Tipo de servicio:* (marcar la opción que corresponda)

*Institución monovalente*    - *Servicio integrado a un establecimiento asistencial*    (en caso afirmativo indicar denominación)

Responsable

Especialista Médico especializado en medicina nuclear	Apellido y Nombres	Permiso individual N°

### Otros profesionales médicos

Especialidad	Apellido y nombres	Permiso individual

### Técnicos radiólogos

Apellido y nombres	N° de matrícula	Expedida por

Es actualmente prestador del INSSJP: Si    - No

Fue prestador del Instituto (*responder en caso de que no sea actualmente prestador. Aclarar hasta cuándo y porqué suspendió la atención*)

### **Habilitaciones**

Habilitación Municipal N°

Permiso institucional de la ARN, N°

Inscripción del establecimiento en SSS N°



**DECLARACION JURADA**  
**NEUROCIRUGIA**

**DENOMINACIÓN DE LA ENTIDAD:**

Domicilio Localidad

Teléfono: Fax: E mail:

N° de CUIT:

Tipo de institución:    Nacional    - Provincial    - Municipal    - Privada  
   Otra    (*especificar*)

*Tipo de servicio:* (marcar la opción que corresponda)

- Institución monovalente    - Servicio integrado a un establecimiento asistencial    (*En caso afirmativo consignar denominación*)

Responsable/s del Establecimiento

Apellido y nombres	Especialidad	Cargo

Atiende afiliados PAMI (*en caso positivo especificar modalidad de atención*)

Fue prestador del Instituto (*responder en caso de que no sea actualmente prestador. Aclarar hasta cuándo y porqué suspendió la atención*)

**Habilitaciones**

Habilitación Municipal N°

Habilitación de Salud Pública N°

Inscripción del establecimiento en SSS N°

Posee seguros

Seguro	Entidad aseguradora	N° de póliza	Vigencia
Mala praxis			
Responsabilidad civil			
Incendio			
ART			

Recursos	Si	No
<u>Planta física</u>		
Quirófano para cirugía mayor exclusivo (en área limpia y cercano a sector crítico)		
Compartido en área limpia y cercano a sector crítico (cantidad total de quirófanos > de 4, excluyendo sala de partos)		
Área restringida y semirestringida		
Área de lavado exclusivo para cirugía mayor.		
Quirófano con instalación en cielorrasos de todos los servicios (oxígeno, aspiración, toma central aire comprimido, gases anestésicos, electricidad, otros.)		
UTI exclusiva o sectorizada post-quirúrgica.		
Sala de internación exclusiva.		
Cuenta con consultorio y sala de espera exclusiva.		
<u>Equipamiento</u>		
Mesa de cirugía para neurocirugía.		
Mesa de instrumentación específica par Neurocirugía.		
Microscopio para neurocirugía.		
Material quirúrgico para estereotaxia propio o aportado por cirujano.		
Material e instrumental para microcirugía.		
Elementos protésicos disponibles para cirugía de urgencia.		
Monitor equipado con canal para ECG y para presión.		
Desfibrilador/ ARM		
Marcapaso externo.		
Material descartable específico.		
Drogas específicas		
Electromiograma		
Potenciales evocados		
TC y/o RMN		
<b>Recursos humanos (<i>consignar número de cada uno</i>)</b>		
Médico Neurocirujano responsable del servicio con experiencia mínima de 5 años en la especialidad		
Médico Neurocirujano disponible las 24 horas		
Médico Anestesiista disponible 24 hs.		
Médico cardiólogo disponible las 24 horas		
Instrumentadora entrenada en especialidad disponible las 24 horas		
Médico radiólogo disponible las 24 horas		
Médico hemoterapeuta disponible las 24 horas		
Enfermera diplomada exclusiva del área disponible las 24 horas		
Auxiliar de enfermería		
Médico anatomopatólogo		
Mucamas		
<u>Funcionalidad</u>		
Demora en turnos programados no mayor de 15 días en cirugías de la especialidad.		
Posibilidad de realizar en la Institución todos los estudios de Alta Complejidad requeridos (TAC, EEG,EMG,angiografías).		
Normas de bioseguridad, limpieza, desinfección escritas y a la vista en quirófanos.		

Si realiza actividades de docencia e investigación consignar:

**1. Los datos consignados en la presente declaración, revisten el carácter de Declaración Jurada y estarán sujetos a revisión o auditoría por parte del I.N.S.S.J.P.**

**2. La inscripción en este Registro de Prestadores no implica obligación o compromiso de contratación por parte del I.N.S.S.J.P.**

**Responsable:**

**Fecha:**

**DECLARACION JURADA  
RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR**

**DENOMINACIÓN DE LA ENTIDAD:**

Domicilio \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E mail: \_\_\_\_\_

N° de CUIT: \_\_\_\_\_

Tipo de institución:    Nacional    - Provincial    - Municipal    - Privada  
Otra    (*especificar*)

*Tipo de servicio:* (marcar la opción que corresponda)  
*Institución monovalente    - Servicio integrado a un establecimiento asistencial*    (en caso afirmativo indicar denominación)

Responsable

Especialista	Apellido y Nombres	Autorización individual N°
Médico radiólogo		

**Otros profesionales médicos**

Especialidad	Apellido y nombres	N° de matrícula

**Técnicos radiólogos**

Apellido y nombres	N° de matrícula	Expedida por

Es actualmente prestador del INSSJP: Si    - No

Fue prestador del Instituto (*responder en caso de que no sea actualmente prestador. Aclarar hasta cuándo y porqué suspendió la atención*)

***Habilitaciones***

Habilitación Municipal N°

Habilitación de Radiofísica Sanitaria N°

Inscripción del establecimiento en SSS N°

1.1.1.1.1.1.1.1.1    Posee seguros

Seguro	Entidad aseguradora	N° de póliza	Vigencia
Mala praxis			
Responsabilidad civil			



**DECLARACION JURADA  
TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA**

**DENOMINACIÓN DE LA ENTIDAD:**

Domicilio \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E mail: \_\_\_\_\_

N° de CUIT: \_\_\_\_\_

Tipo de institución:    Nacional    - Provincial    - Municipal    - Privada  
   Otra    (*especificar*)

*Tipo de servicio:* (marcar la opción que corresponda)

*Institución monovalente    - Servicio integrado a un establecimiento asistencial    (en caso afirmativo indicar denominación)*

Responsable

Especialista	Apellido y Nombres	Autorización individual N°
Médico radiólogo		

**Otros profesionales médicos**

Especialidad	Apellido y nombres	N° de matrícula

**Técnicos radiólogos**

Apellido y nombres	N° de matrícula	Expedida por

Es actualmente prestador del INSSJP: Si    - No

Fue prestador del Instituto (*responder en caso de que no sea actualmente prestador. Aclarar hasta cuándo y por qué suspendió la atención*)

**Habilitaciones**

Habilitación Municipal N°

Habilitación de Radiofísica Sanitaria N°

Inscripción del establecimiento en SSS N°

Posee seguros

Seguro	Entidad aseguradora	N° de póliza	Vigencia
Mala praxis			
Responsabilidad civil			
Incendio			
ART			



**DECLARACION JURADA  
TERAPIA RADIANTE**

**DENOMINACIÓN DE LA ENTIDAD:**

Domicilio \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E mail: \_\_\_\_\_  
N° de CUIT: \_\_\_\_\_  
Tipo de institución:    Nacional    - Provincial    - Municipal    - Privada  
   Otra    (*especificar*)

*Tipo de servicio:* (marcar la opción que corresponda)  
*Institución monovalente    - Servicio integrado a un establecimiento asistencial    (en caso afirmativo indicar denominación)*

Responsables

Especialistas	Apellido y Nombres	Permiso individual de ARN
Médico radioterapeuta		
Físico (especialista en física de radioterapia)		
Otros ( <i>aclarar especialidad</i> )		

**Técnicos radiólogos**

Apellido y nombres	N° de matrícula	Expedida por

Es actualmente prestador del INSSJP: Si    - No

Fue prestador del Instituto (*responder en caso de que no sea actualmente prestador. Aclarar hasta cuándo y por qué suspendió la atención*)

***Habilitaciones***

Habilitación Municipal N° \_\_\_\_\_  
Habilitación de Salud Pública N° \_\_\_\_\_  
Inscripción del establecimiento en SSS N° \_\_\_\_\_  
Autorización ARN del establecimiento de acuerdo al perfil prestacional con N° de cada una \_\_\_\_\_

Posee seguros

Seguro	Entidad aseguradora	N° de póliza	Vigencia
Mala praxis			
Responsabilidad civil			
Incendio			
ART			

<b>Recursos</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<u><b>Perfil prestacional</b></u>		
Cobaltoterapia		
Acelerador lineal con emisión de electrones y fotones		
Radioterapia tridimensional conformada		
Braquiterapia intracavitaria / intersticial / intraluminal ( <i>tachar lo que no posee</i> )		
Radioterapia superficial o semiprofunda con emisión de fotones entre 80 y 300 Kv		

De acuerdo al perfil prestacional declarado describir el equipamiento de que dispone

<u><b>Planta física</b></u>
Ubicada en planta baja o con ascensor montacamillas.
Cuarto caliente (con blindaje), y o contenedor ad-hoc aprobado destinado al almacenamiento, manipuleo y transporte de material radiactivo.
Habitación de espera para pacientes a estudiar, con capacidad para una camilla
Habitación de aislamiento para braquiterapia
Suficiente iluminación natural y artificial
Climatización frío/calor (aire acondicionado)
Vestuario independiente para pacientes
Sala confortable para pacientes y acompañantes
Sanitarios para el público, adecuados para discapacitados motores
Señalización adecuada
Medidas contra incendio
<u><b>Funcionalidad</b></u>
Normas y registros de controles periódicos (clínicos, laboratorios, etc) y dosimetría para el personal.
Historias clínicas con registro de tipo de tratamiento, sesiones realizadas, evoluciones clínicas, controles de laboratorio.
Registro de inspección y control de mantenimiento de equipos, efectuados por autoridad habilitante.
Seguimiento registrado de pacientes post-alta.
Informes parciales y finales al médico derivador.
Cartelera con días y horario de atención.
Registro de turnos programados.
Evaluación de calidad y grado de satisfacción de los tratamientos efectuados, por parte de los profesionales.
<u><b>Bioseguridad</b></u>
Entrenamiento de todo el personal sobre normas de bioseguridad específica.
Correcta higiene y mantenimiento de la planta física
Normas de desinfección escritas y a la vista
Materiales ignífugos, no porosos y lavables en revestimientos
Diferenciación de los residuos en comunes y patológicos con recipientes y bolsas adecuados

**1. Los datos consignados en la presente declaración, revisten el carácter de Declaración Jurada y estarán sujetos a revisión o auditoría por parte del I.N.S.S.J.P.**

**2. La inscripción en este Registro de Prestadores no implica obligación o compromiso de contratación por parte del I.N.S.S.J.P.**

**Responsable:**

**Fecha:**

## **ANEXO**

### **Notificación de las observaciones detectadas en el proceso de acreditación de PRESTADORES / EFECTORES**

En el caso de que un PRESTADOR/EFECTOR resultare con observaciones en el proceso de acreditación previsto por EL INSTITUTO, el mismo será acreditado en forma provisoria. A tales efectos, la Unidad de Gestión Local correspondiente determinará la fecha en que será notificado fehacientemente de tales observaciones, según el siguiente detalle:

- 1) Planta física (por servicio y en cumplimiento de requisitos legales mínimos).
- 2) Equipamiento (por servicio y en cumplimiento de requisitos legales mínimos).
- 3) Recurso humano (por servicio y en cumplimiento de requisitos legales mínimos).
- 4) Funcionalidad (por servicio y en cumplimiento de requisitos legales mínimos).
- 5) Requisitos legales y administrativos (cumplimiento de las exigencias legales mínimas).

La notificación de las falencias detectadas en el proceso de acreditación se efectuará en dos (2) ejemplares, uno que quedará en poder de la Unidad de Gestión Local correspondiente y otro para el PRESTADOR/EFECTOR de que se trate.

En dicha notificación también se indicará la fecha que determinare la Unidad de Gestión Local correspondiente para la firma del Acta Acuerdo de Acreditación Provisoria, según el modelo del Anexo correspondiente.

**ANEXO**

**Acta Acuerdo de Acreditación Provisoria de  
PRESTADORES/EFFECTORES**

Entre el INSTITUTO Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, representado en este acto por ..... DNI ....., en su carácter de ....., con domicilio en ..... (en adelante EL INSTITUTO), por una parte, y por la otra ....., representado/a en este acto por ..... DNI ....., con domicilio en ..... en adelante EL PRESTADOR/EFFECTOR, convienen en celebrar la presente Acta Acuerdo, las que se instrumenta en las cláusulas que se consignan a continuación:

PRIMERA: El objeto de la presente es el otorgamiento de la acreditación provisoria como prestador/efector de EL INSTITUTO y hasta tanto se corrijan las falencias detectadas en la evaluación realizada por EL INSTITUTO con fecha ....., las que le fueran notificadas fehacientemente con fecha y que se detallan a continuación:

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....
- 5) .....

SEGUNDA: El plazo que el INSTITUTO otorga al PRESTADOR/EFFECTOR para la corrección de las falencias consignadas en la cláusula PRIMERA será el siguiente:

- a) Recursos Humanos: serán corregidos en un plazo de ----- días
- b) Aspectos funcionales: las mismas serán corregidas en un plazo no superior a los -----días.
- c) Equipamiento tecnológico de baja complejidad: las mismas serán corregidas en un plano no superior a los ----- días.
- d) Planta física: las mismas serán corregidas en un plazo de ----- días.

TERCERA: Los plazos estipulados en la cláusula SEGUNDA comenzarán a correr a partir de la firma de la presente y se considerarán en días corridos. Cumplidos los mismos sin que el PRESTADOR/EFFECTOR hubiere dado cumplimiento a la corrección de las falencias, EL INSTITUTO se reservará el derecho de dejar sin efecto la acreditación provisoria que por la presente

otorga y, en consecuencia, quedará automáticamente desafectado como PRESTADOR/EFECTOR de EL INSTITUTO.

CUARTA: El INSTITUTO podrá, de considerarlo oportuno y previa evaluación del Equipo de Acreditación de la Unidad de Gestión Local, ampliar el plazo otorgado.

QUINTA: La vigencia de la presente se extenderá hasta el plazo otorgado en la cláusula SEGUNDA o la ampliación que se otorgue conforme a lo establecido en la cláusula CUARTA.

En prueba de conformidad, se firman dos (2) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en ..... a los ..... días del mes de ..... de dos mil .....

**ANEXO**

**TABLA RESUMEN  
DE CAPACIDAD PRESTACIONAL OFRECIDA  
I NIVEL**

**Médicos de cabecera**

N° de Médicos	Título	Cantidad de cápitass	Incremento de cápitass
	Médico de Familia		
	Clínica Medica		
	Pediatra		
	Geriatra		
	Generalista		

**Total de cápitass ofrecidas por cada 700 beneficiarios**  
**Pediatra: 1/600 beneficiarios**

## ANEXO

### FISIOKINESIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN

SERVICIO o CENTRO	Tipo de prestaciones Ofrecidas	Servicios domiciliarios	Población que se estima cubrir	Ampliaciones Aclaraciones

**TABLA-RESUMEN  
DE CAPACIDAD PRESTACIONAL OFRECIDA I NIVEL**

**ANÁLISIS CLINICOS AMBULATORIOSI NIVEL**

<b>Centro Asistencial Localidad</b>	<b>Demanda que se estima cubrir</b>	<b>Tipo de determinaciones Ofrecidas</b>	<b>Tecnologías ofrecidas</b>	<b>Oferta a otros Niveles</b>	<b>Incremento de capas</b>
<b>1</b>					
<b>2</b>					
<b>3</b>					
<b>4</b>					

**TABLA-RESUMEN  
DE CAPACIDAD PRESTACIONAL OFRECIDA I NIVEL**

**CENTROS DE DIAGNOSTICO POR IMAGINES AMBULATORIOS  
I NIVEL**

<b>Centro Asistencial Localidad</b>	<b>Demanda que se estima cubrir</b>	<b>Tipo de determinaciones Ofrecidas</b>	<b>Tecnologías ofrecidas</b>	<b>Oferta a otros Niveles</b>	<b>Incremento de capitas</b>
<b>1</b>					
<b>2</b>					
<b>3</b>					
<b>4</b>					

**Tabla-Resumen de Capacidad Prestacional Ofrecida por el PRESTADOR  
DE II NIVEL**

**Deberá completarse con información consolidada para toda la propuesta.**

**CENTRO ASISTENCIAL DE NIVEL II**

<b>Tipo de Recursos</b>	<b>Camas Cuidados Generales Ofrecidas</b>	<b>Camas UTI-UCO Ofrecidas</b>	<b>Especialidades en Guardia Medica <u>Activa</u></b>	<b>Especialidades Ambulatorias y para Interconsultas</b>	<b>Radiología Convencional y Eco diagnóstico</b>	<b>Análisis Clínicos Tipo Ofrecido</b>
Establecimiento:						
Denominación:						
Dirección:						
<b>Total Recurso Ofrecido a PRESTADOR DE II NIVEL</b>						

Total Camas de Nivel II para pacientes agudos ofrecidas por el PRESTADOR DE II NIVEL por cada 1000 Beneficiarios :

Requerimiento mínimo:

3 Camas para Agudos cada 1000 beneficiarios, con más 20% de reserva.  
(15% de las camas de UTI /UCO)

**Tabla - Resumen de Capacidad Prestacional Ofrecida por el NIVEL III de atención médica**

**Deberá completarse con información consolidada para toda la propuesta.**

**CENTROS ASISTENCIALES DE NIVEL III**

<b>Tipo de Recursos</b>	<b>Camas Cuidados Grales. Ofrecidas</b>	<b>Camas Cuidados Grales. Ofrecidas a otros Centros</b>	<b>Camas UTI-UCO Ofrecidas</b>	<b>Camas UTI-UCO Ofrecidas a otros Centros</b>
Establecimiento: Denominación: Dirección:				
Establecimiento: Denominación: Dirección:				
Establecimiento: Denominación: Dirección:				
<b>Total Recurso Ofrecido a III NIVEL</b>				

**SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD III NIVEL**

Al referirse a capacidad de producción de servicios, mencionar la población que se considera posible de ser cubierta.

**TIPO DE SERVICIOS**

Servicios ofrecidos

Tecnologías ofrecidas

¿Qué porcentual de su capacidad de servicios se ofrece para el NIVEL III ?

¿Se han ofrecido servicios a otro /s efector/es del III NIVEL? ¿Cuáles?

**Medicina Nuclear**

Datos del Servicio

**Terapia Radiante**

En todas sus Variantes

## **TAC**

**Radiología  
Alta Complejidad**  
Incluye  
Video Radiología

## **RMN**

**Ecodiagnóstico  
Alta complejidad**  
Incluye Eco doppler

**Cardiología  
Invasiva y  
Hemodinamia**

**Cirugía Vascular  
Central y  
Cardiovascular**

**Neurocirugía Media y Alta complejidad**

**Cirugía  
Laparoscópica**

**Litotricia  
Renal**

**Densitometría  
Ósea**

**Procedimientos  
Artroscópicos**

**Procedimientos  
Neurológicos  
Especiales  
(Potenciales evocados, etc)**

**Otros: detallar**

## ANEXO

### TABLA RESÚMEN DE CAPACIDAD PRESTACIONAL OFRECIDA POR LA RED PRESTACIONAL

**Deberá completarse con información consolidada para toda la propuesta.**

#### CENTROS ASISTENCIALES

Tipo de Recursos	Camas Cuidados Grales. Ofrecidas	Camas Cuidados Grales. Ofrecidas a otras redes	Camas UTI-UCO Ofrecidas a esta red	Camas UTI-UCO Ofrecidas a otras redes	Especialidades en Guardia Médica <u>Activa</u>	Especialidades Ambulatorias y para Interconsultas	Radiología Convencional Y Ecodiagnóstico	Análisis Clínicos Tipo Ofrecido
<b>Establecimiento: Denominación: Dirección:</b>								
<b>Establecimiento: Denominación: Dirección:</b>								
...								
...								
<b>Establecimiento: Denominación: Dirección:</b>								
<b>Total Recurso Ofrecido a RED PRESTACIONAL</b>								

Total Camas para pacientes agudos ofrecidas por esta RED PRESTACIONAL por cada 1000 Beneficiarios :

Requerimiento mínimo:

3 Camas para Agudos cada 1000 beneficiarios, con más 20% de reserva.  
(15% de las camas de UTI /UCO)

## **FORMA Y LIQUIDACIÓN DE PAGO**

### 1) Facturación

Para poder iniciar el proceso de facturación, el prestador deberá estar inscripto en el Registro de Prestadores del Instituto, sin excepciones.

El prestador presentará la facturación por mes adelantado.

El prestador facturará a el Instituto el monto correspondiente a la cápita global mensual que resulte de multiplicar el valor de la cápita individual mensual por el total de beneficiarios publicado en la página de Internet del Instituto ([www.pami.org.ar](http://www.pami.org.ar)). No se recibirán facturas con un importe distinto al publicado, sin excepción. En caso de discrepancia, resultará de aplicación lo establecido en el punto 5.a.

Una vez presentada la factura, el Instituto procederá a su liquidación practicando los débitos y créditos correspondientes, de acuerdo al punto 2.

### 2) Débitos y créditos

Los débitos y créditos que surjan del control prestacional y administrativo serán informados a través de la página de Internet del Instituto y serán deducidos de la facturación del próximo mes.

El prestador deberá emitir una nota de crédito y/o débito por el importe publicado, las cuales se presentarán junto con la próxima factura.

En caso de discrepancia con los débitos y/o créditos publicados se procederá de acuerdo a lo establecido en el punto 5.b.

### 3) Pago

El Instituto realizará el pago de las facturas presentadas en término, dentro de los treinta (30) días del vencimiento de la fecha para la presentación de la factura, mediante cheque o transferencia bancaria directa al prestador / efector en el Banco de la Nación Argentina, o conforme se determine en función de la realidad de cada jurisdicción. En casos de efectores públicos el Instituto abonará la contraprestación dineraria pertinente de acuerdo al sistema que les permita la legislación vigente en su jurisdicción, preservando en todos los casos la debida retribución.

El prestador debe renunciar expresamente a invocar el plazo de impugnación de la factura previsto en el art. 474 del Código de Comercio.

### 4) Presentación

El prestador presentará la documentación en la UGL correspondiente a su jurisdicción dentro de los primeros cinco (5) días del mes.

La presentación de la factura fuera de los plazos establecidos precedentemente, facultará a el Instituto a realizar el pago con la demora administrativa que surja por la tramitación fuera de término.

La presentación de la facturación sólo podrá ser efectuada por prestadores inscriptos en el Registro de Prestadores y deberá incluir la siguiente documentación, sin excepciones:

- Factura de acuerdo a normas legales, fiscales y del Instituto (Resolución 351/95 y/o las que la reemplacen o modifiquen).
- Recibo del último período cobrado ( no aplica para el primer mes de vigencia del contrato).
- Nota de crédito y/o débito de acuerdo al punto 2, si corresponde.

No se recibirá ni se considerará presentada la factura sin la presentación de toda la documentación que corresponda, de acuerdo al párrafo anterior.

#### 5) Reclamos

No se recibirán reclamos por importes menores a \$ 500 ( pesos quinientos), salvo razones particulares que ameriten su recepción, de acuerdo al criterio que determine el Instituto.

- a) En el caso de reclamos por diferencia de cupos el prestador deberá comunicarse con la UGL respectiva y adjuntar la documentación respaldatoria necesaria.
- b) En el caso de reclamos por débitos, el prestador deberá comunicarse con la UGL respectiva y adjuntar la documentación respaldatoria necesaria.

Los reclamos deberán ser contestados por el Instituto, y de corresponder su devolución, se solicitará una nota de débito para los casos mencionados en los términos del punto 2 y se procederá a su cancelación junto con la factura con la cual se la presente.

## **ANEXO**

### **ASIGNACIÓN DE CÁPITAS**

EL INSTITUTO conforme la realidad prestacional de la UGL ..... y la capacidad acreditada al prestador/efector.....,integrante del ..... Nivel de Atención, asigna la cantidad inicial de ..... cápitas al valor pactado contractualmente, sujeto a las altas y bajas que se produzcan en el padrón.

Reservándose EL INSTITUTO la facultad prevista en el contrato de reasignación de cupos.

A los ..... de ..... del 2005.

## ANEXO

### INFORME DE DISTRIBUCIÓN DE FONDOS

El CVI deberá proporcionar mensualmente, con carácter de declaración jurada, los mecanismos empleados en la gestión y qué factores de ponderación utiliza para la distribución de la cápita entre los distintos rubros. Dicha información deberá ser suscripta por el /los integrantes del CVI y el Representante Legal de la RED PRESTACIONAL, con dos (2) copias con el soporte documental y/o informático que EL INSTITUTO determine.

Además deberá anexar en la misma forma de presentación el siguiente esquema:

#### NIVEL III

	<b>PRESTACIÓN</b>	<b>MONTO</b>	<b>%</b>
<b>1</b>	<b>Alta Complejidad Diagnóstica y Terapéutica</b>		
1.1	Hemodinamia		
1.2	Angioplastia		
1.3	Cirugía Cardiovascular		
1.3.1	Cirugía Cardiovascular con circulación extracorpórea		
1.3.2	Cirugía Cardiovascular sin circulación extracorpórea		
1.4	Litotricia extracorpórea		
1.5	Tomografía Axial Computada		
1.6	Resonancia Magnética Nuclear		
1.7	Terapia Radiante		
1.7.1	Braquiterapia		
1.7.2	Acelerador Lineal		
1.7.3	Telecobaltoterapia		
1.7.4	Radioterapia		
1.8	Medicina Nuclear		
1.9	Varios		
<b>2</b>	<b>Transporte y Emergencias</b>		
<b>3</b>	<b>Otros a detallar</b>		

#### NIVEL II

##### Informe de Distribución de Fondos

El PRESTADOR DE II NIVEL deberá proporcionar mensualmente, con carácter de declaración jurada, los mecanismos empleados en la gestión y qué factores de ponderación utiliza para la distribución de la cápita entre los distintos rubros. Dicha información deberá ser suscripta por el Representante Legal del PRESTADOR DE II NIVEL, con dos (2) copias con el soporte documental y/o informático que el INSTITUTO determine.

Además deberá anexar en la misma forma de presentación el siguiente esquema:

	<b>PRESTACIÓN</b>	<b>MONTO</b>	<b>%</b>
<b>1</b>	<b>II Nivel de Atención</b>		
1.1	Ambulatorios		
2.1	Internación		
<b>3</b>	<b>Transporte y Emergencias</b>		
<b>4</b>	<b>Otros a detallar</b>		

## **ANEXO**

### **ATENCIÓN INTEGRAL OFTALMOLÓGICA**

**Los servicios de diagnóstico y tratamiento oftalmológicos serán brindados por un sistema de atención integral oftalmológica que incluya:**

#### **A - Nivel no Quirúrgico:**

- Atención ambulatoria programada y no programada, por demanda espontánea de los beneficiarios
- Atención programada y no programada por derivación de médicos de cabecera, guardia y /o especialistas
- Realización de prácticas especializadas de diagnóstico y tratamiento incluyendo todos los procedimientos oftalmológicos aún los de alta complejidad, excepto los que estén expresamente excluidos.

#### **B – Nivel Quirúrgico**

- Cirugías Oftalmológicas de baja, mediana y alta complejidad.
- Internación en centros oftalmológicos especializados o servicios adecuados a la especialidad.

### **REQUISITOS**

El Sistema de Atención Integral Oftalmológica presentará, en el lugar y momento que el Instituto determine, el formulario especificado en Anexo C acompañado por la correspondiente Declaración Jurada, en el que se detallen los datos de las

instituciones y profesionales que lo componen.

Los establecimientos se evaluarán según las normas indicadas en la Guía de Admisión del Instituto, de la que surgirá el nivel de complejidad de los mismos.

Los establecimientos deberán estar distribuidos adecuadamente en el ámbito geográfico y en relación con el número de beneficiarios.

Presentarán detalle de días y horarios de atención.

Los profesionales integrantes del sistema acreditarán títulos habilitantes, matrícula profesional, certificación en su especialidad, currículum vitae, aptitud psicofísica (extendida por establecimientos públicos).

Se desempeñarán en consultorios médicos especializados, y/o en poli consultorios y/o institucionales habilitados por autoridad competente para tal fin.

Dicho /s consultorio /s serán evaluados por el Instituto, teniendo en cuenta el cupo poblacional a asignar y la ubicación geográfica del/los mismo/s. La capacidad prestacional será como mínimo de 3.500 y máximo de 15.000 afiliados de cupo, y se fijará de acuerdo a la relación horario / consultorio según Declaración Jurada.

Deberán presentar Número de póliza de seguro de mala Praxis y responsabilidad civil con indicación del período de cobertura.

LA URGENCIA DEBERÁ SER ATENDIDA DE MANERA INMEDIATA, asegurando cobertura las 24 hs. durante todo el año en forma activa o pasiva.

LOS TURNOS PROGRAMADOS SE OTORGARÁN CON NO MÁS DE SIETE (7) DÍAS DE DEMORA DESDE SU SOLICITUD.

LA PATOLOGÍA QUIRÚRGICA SE PROGRAMARÁ Y EFECTIVIZARÁ EN UN PLAZO NO MAYOR A LOS TREINTA (30) DÍAS.

LA DEMORA INJUSTIFICADA EN LOS TURNOS DE ATENCIÓN SERÁ SEVERAMENTE PENALIZADA.

### **ACTIVIDADES A DESARROLLAR:**

- Adecuará su desempeño profesional en consonancia con las normas propuestas por las Sociedades Científicas de su especialidad.
- Realizarán la atención médica programada en consultorio particular y/o en otro habilitado para tal fin y autorizado por EL INSTITUTO.
- Atención ambulatoria programada y no programada, por demanda espontánea de los beneficiarios
- Atención programada y no programada por derivación de médicos de cabecera, guardia y /o especialistas
- Realización de prácticas especializadas de diagnóstico y tratamiento incluyendo todos los procedimientos oftalmológicos aún los de alta complejidad, excepto los que estén expresamente excluidos.
- Cirugías Oftalmológicas de baja, mediana y alta complejidad.
- Internación en centros oftalmológicos especializados o servicios adecuados a la especialidad.
- Indicarán las interconsultas no oftalmológicas a otras especialidades del nivel correspondiente, que serán brindadas por el prestador capitado del Instituto.
- En caso de tomar conocimiento que el beneficiario no accede a estas interconsultas en un plazo de hasta siete (7) días deberá notificar a la UGL la demora.
- Prescribirán medicamentos de acuerdo con las Leyes Nacionales vigentes y sus normativas complementarias y /o modificatorias.
- Deberán cumplir con las disposiciones actuales y futuras, relacionadas con la prescripción de medicamentos de uso abierto (formulario terapéutico Pami). La prescripción de medicamentos de uso normatizado o de alternativa terapéutica, será bajo normas específicas, que serán entregadas por el Instituto.
- Deberán conocer las bandas de cobertura para la provisión de

medicamentos, como así también las normativas vigentes del INSTITUTO para la accesibilidad a aquellos medicamentos por la vía de excepción.

- Solicitarán interconsultas, por escrito, tanto dentro del sistema oftalmológico integrado como a los especialistas de atención primaria y /o de II Nivel.
- En caso que por su patología de base surja una complicación oftalmológica que requiera internación en el II Nivel, el oftalmólogo solicitará la internación en el II Nivel que le corresponda, realizará su seguimiento quedando a su cargo la medicación oftalmológica hasta el alta oftalmológica.
- Deberán comunicarse con el/los profesionales tratantes de afiliados portadores de patologías crónicas, asignados a su padrón (pacientes en programa de trasplantes, pacientes en plan de diálisis crónica, pacientes con HIV y /u otros) a fin de definir en forma conjunta protocolos diagnósticos y tratamientos. Dicha atención deberá ser notificada al INSTITUTO.
- Llevarán obligatoriamente, una Historia Clínica por cada afiliado, la que deberá estar en forma permanente a disposición del INSTITUTO y ser presentada de manera inmediata a cada requerimiento de éste.
- La omisión de consignar los datos correspondientes o de demorar o no entregar la historia clínica a requerimiento del Instituto, constituirá falta grave que lo facultará a aplicar las penalidades indicadas en el Anexo I
- En la Historia Clínica deberá constar la identidad del paciente, número de documento, fecha de nacimiento, edad, domicilio completo, teléfono, datos de persona responsable a quien avisar en caso de necesidad o urgencia, fecha y motivo de cada consulta, diagnóstico, tratamientos indicados, medicación con posología, convocatoria a nuevas consultas, citaciones a las que no concurre el afiliado, exámenes y prácticas médicas indicadas, copia de los resultados de las interconsultas y cualquier otro dato que permita el seguimiento y debido control de las prestaciones brindadas, programadas para futuro y/o indicadas al beneficiario. En los

procedimientos quirúrgicos con implantes y prótesis, adherir los stickers correspondientes.

- En todos los casos deberá consignarse la firma y sello del médico actuante.
- Solicitarán al INSTITUTO los elementos protésicos y/o insumos necesarios que se encuentren expresamente excluidos, para su colocación o implante, a los beneficiarios incluidos en su padrón
- Recetarán insumos para corrección óptica (anteojos, lentes de contacto y sistemas de visión subnormal)
- Informarán a la UGL, cualquier desempeño no acorde a la calidad prestacional deseable de la que tenga conocimiento, en los demás efectores integrantes del sistema prestacional, para la adopción de medidas correctivas necesarias por parte de cada UGL.
- Deberán informar a la Unidad de Gestión Local (UGL) todo cambio de domicilio profesional y /o de días y horarios de atención, con no menos de quince (15) días de anticipación.
- Facilitarán la realización de auditorias por parte del INSTITUTO, garantizando el libre acceso a sus dependencias de la /s persona /s designadas a tal efecto .De cada auditoria se labrará un acta en la que se dejará constancia del objeto de la misma y de sus resultados, sólo en el caso de grave irregularidad. Dicha acta será suscripta por el médico auditado, y/ o su personal y/ o testigos designados ad hoc, aunque tendrá eficacia incluso en caso de negativa a conformarla.
- Presentarán ante el INSTITUTO un informe mensual, en el formato gráfico y/ o informático que éste determine, con la identificación de los beneficiarios atendidos (nombre, apellido, N° de beneficio) edad, sexo, diagnóstico y modalidad de prestación (Consulta en consultorio, en otra institución o en domicilio) prácticas y estudios solicitados, cantidad de interconsultas y emisión de recetas.
- Serán evaluados periódicamente por el Instituto, con la frecuencia que éste determine, en el uso de protocolos, normativas de diagnóstico y

tratamiento, en su planta física, equipamiento, funcionalidad, elaboración de historias clínicas y en el cumplimiento de la capacitación obligatoria antes requerida.

- Quedan incluidos en los servicios a brindar por el Efector: todos los insumos (a excepción de los que se encuentran expresamente excluidos), honorarios profesionales, (comprenden también honorarios de Anestesia) derechos, pensión, y todo otro gasto que fuere necesario para brindar la prestación oftalmológica integral.
- Se establece además, que la cobertura del paciente implica los estudios y prácticas especializadas oftalmológicas necesarias para arribar a un diagnóstico de certeza o efectuar un tratamiento (ANEXO A.1). Aún las de baja incidencia y alto costo, las que se regirán por los Protocolos del Anexo A.3., salvo aquellas que se hallen específicamente excluidas Anexo A.2.
- Estará a cargo del efector la colocación de elementos protésicos de su especialidad a los beneficiarios, dentro del listado que figura en el Anexo correspondiente. La colocación de éstos, deberá certificarse ante el INSTITUTO según las normas que el mismo establezca.
- Los elementos protésicos que se encuentren expresamente excluidos, serán solicitados a quien indique el INSTITUTO.
- El servicio de guardia del efector de éste sistema, deberá reunir las condiciones edilicias y de recursos humanos para cubrir las 24 horas en forma activa o pasiva. Además el responsable quirúrgico de referencia contará con los elementos para la atención oftalmológica de emergencia.
- Los Prestadores Oftalmológicos no podrán, bajo ningún concepto, requerir a los beneficiarios y/o percibir de ellos suma alguna de dinero por la atención brindada, ni solicitarles Coseguros, copagos, ni suma alguna de dinero en concepto de plus.

### **PACIENTES EN TRANSITO:**

- Los prestadores oftalmológicos deberán atender en casos de urgencia debidamente justificada, los beneficiarios en tránsito que no se encuentren incluidos en su padrón y que hayan sido derivados por el Instituto, el cual notificará fehacientemente a su cápita de origen, facturando su atención al Instituto, a los valores por éste establecidos, posteriormente con debito al prestador capitado.

### **TRASLADO DE PACIENTES:**

- En caso que el paciente requiera por su patología de base, y para acceder a la prestación oftalmológica, ser trasladado exclusivamente en ambulancia, el servicio deberá ser brindado por el Instituto.

### **SISTEMA INTEGRADO DE ATENCIÓN PARA OFTALMOLOGÍA:**

#### **A) Funcionalidad y Organización:**

- Los componentes del sistema deberán desarrollar una propuesta de organización que permita la integración funcional de las prestaciones oftalmológicas integrales.
- La propuesta debe garantizar a los beneficiarios la accesibilidad, calidad y oportunidad de los servicios comprometidos, efectivizando la misma de la siguiente forma:

#### **B) Atención y Orientación para Beneficiarios (garantizando la cobertura geográfica en su totalidad)**

#### **C) Coordinación médica entre los integrantes del sistema y con los restantes niveles de atención**

#### **D) Auditoria propia de Calidad de Prestaciones**

#### **E) Indicadores de satisfacción percibida por los usuarios**

## **ANEXO A.1**

### **REQUERIMIENTO NIVEL NO QUIRURGICO**

- Capacidad física.
- Capacidad horaria.
- Consulta oftalmológica básica.
- Cartel de prueba o proyector de optotipos
- Caja de prueba.
- Montura de prueba.
- Lámpara de Hendidura.
- Tonómetro aplanático.
- Oftalmoscopio binocular indirecto.
- Lente de 3 espejos.
- Perímetro computado.
- Auto refractómetro.
- Ecómetro.
- Retinómetro y/o Interferómetro.
- Láser argón

### **NIVEL QUIRURGICO**

- Quirófano con máxima complejidad oftalmológica
- Caja de Microcirugía Oftalmológica.
- Microscopio de Luz Coaxial.
- Vitréctomo.
- Bomba de infusión - aspiración.
- Phacoemulsificador.
- Criocoagulador
- Equipo Endoláser.
- Yag láser
- Retinógrafo.
- Tomografía Confocal.
- Topógrafo.
- Paquímetro.

## ANEXO A. 2

### EXCLUSIONES

- Cirugía refractiva (excimer laser)
- Placas y Radioisótopos para terapia radiante.
- Prótesis Oculares fijas.
- Prótesis para reconstrucción Orbitaria.
- TAC.
- RX.
- RNM.
- Transplantes.
- Insumos de Cirugía reconstructiva y/o reparadora.
- Terapia Radiante.
- Termoterapia transpupilar
- Lentes Intraoculares y Sustancia Viscoelástica
- Procedimiento en vía de experimentación o aquellos **no** aceptados por ANMAT u organismos de salud publica.

### ANEXO A.3

#### PROTOCOLO PARA INDICACION DE PRACTICAS DE BAJA INCIDENCIA Y ALTO COSTO

##### 1. TERAPIA FOTODINAMICA EN LA DEGENERACION MACULAR HUMEDA RELACIONADA CON LA EDAD

- El Instituto proveerá, previa auditoría, la droga para el tratamiento Foto dinámico en los casos que cumplan los siguientes requisitos:
- Membrana neovascular subfoveolar predominantemente clásica de hasta 4500 micras.
- Agudeza Visual inferior a 3/10.
- Medios transparentes que permitan la aplicación del Láser.
- Resumen de Historia Clínica Oftalmológica.
- Angiografía o RFG original.
- Evaluación Clínica correspondiente, certificando que no padece Cardiopatías descompensada, Porfirias y Hepatitis activa.

##### 2. TERAPIA FOTODINAMICA EN LA RETINOPATIA CENTRAL MIOPICA (FUSCH)

- El Instituto proveerá, previa auditoría, la droga para el tratamiento Foto dinámico en los casos que cumplan los siguientes requisitos
- Hemorragia subfoveolar
- Coroidosis miópica
- Medios transparentes que permitan la aplicación del Laser
- Resumen de Historia Clínica Oftalmológica.
- Angiografía o RFG original.
- Evaluación Clínica correspondiente, certificando que no padece Cardiopatías descompensada, Porfirias y Hepatitis activa.

**ANEXO**

**TABLA-RESUMEN**

**DE CAPACIDAD PRESTACIONAL PRESTADOR/EFECTOR OFTALMOLÓGICO**

N° de Médicos	Título	Cantidad de cápitass	Incremento de cápitass
	Médico oftalmólogo		
	Médico oftalmólogo cirujano		

**Total de cápitass ofrecidas por cada 15.000 beneficiarios**

**TABLA RESUMEN DE CAPACIDAD PRESTACIONAL  
CENTROS OFTALMOLÓGICOS**

Deberá completarse con información consolidada  
para toda la propuesta.

**CENTROS ASISTENCIALES DE NIVEL  
CLÍNICO Y QUIRÚRGICO**

<b>Tipo de Recursos</b>	<b>Nivel Clínico</b>	<b>Nivel Quirúrgico</b>
<b>Establecimiento: Denominación: Dirección:</b>		
<b>Establecimiento: Denominación: Dirección:</b>		
<b>Establecimiento: Denominación: Dirección:</b>		
<b>Total Recurso Ofrecido por Centros Oftalmológicos</b>		



(\* Solamente para /a actividad actual  
(Acompañar Currículo Vitae)

Actualmente desempeña actividad asistencial Si No Donde

Consultorio:

Habilitación N° Fecha de vigencia Expedida por:

Inscripción en la SSS N° Fecha de vigencia

Posee seguros

Seguro	Entidad Aseguradora	N° de Póliza	Vigencia
Mala praxis			
Responsabilidad civil			
Incendio			

Días y horarios de atención actual en consultorio

Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado

Días y horario que estaría dispuesto a dedicar para la atención de beneficiarios del Instituto.

Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado

<b>Recursos</b>	<i>Si</i>		<b>Observaciones</b>
Adecuado acceso desde el exterior (1)			
Identificación de la entrada			
Dispone de personal administrativo			
<b>Sala de espera</b>			
Suficiente espacio			
Asientos suficientes			
Climatización frío calor apta (2)			
Baño para pacientes con fácil acceso			
<b>Consultorio</b>			
Espacio no menor a 7 m			
Climatización frío / calor apta (2)			
Asientos, no menos de 3			
Equipamiento completo (3)			
<b>Consultorio para tratamientos con láser</b>			
<b>Funcionalidad</b>			
Otorga turnos por teléfono			N°
Otorga los turnos con un máximo de 7 días posteriores a su solicitud			
Confecciona planilla de registro de turnos			
Frecuencia de turnos no inferior a 15 minutos			
Confecciona planilla diaria de atención de pacientes			
<b>Historia clínica</b>			
Legible			
Examen oftalmológico completo			
Registro de diagnóstico / s			
Estudios complementarios según diagnóstico presuntivo			
<b>Bioseguridad</b>			
Revestimientos sin deterioros			
Correcta higiene			
Elementos de barrera adecuados y suficientes			
Elementos para el correcto lavado de manos			

- (1) En planta baja o con ascensor. Acceso a nivel con no más de 10 escalones, pasamanos a ambos lados, revestimiento antideslizante, narices evidenciadas.
- (2) No representa un riesgo (no se aceptan calefactores de llama abierta)
- (3) Cartel de prueba, Caja de prueba con montura, Lámpara de hendidura, Tonómetro aplanático, Autorrefractómetro con queratómetro, Retinómetro o PAM, Oftalmoscopio binocular indirecto o lupa de 90 dioptrías, Oftalmoscopio directo, Lente de tres espejos, Equipo de láser, Perímetro computarizado.