



**Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados**  
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

**Disposición**

**Número:**

**Referencia:** EX-2024-41380364- -INSSJP-GPM#INSSJP s/ Disposición Reglamentaria del Programa Hogar de Permanencia Temporal para Personas Mayores

---

**VISTO** el EX-2024-41380364- -INSSJP-GPM#INSSJP, la RESOL-2024-1924-INSSJP-DE#INSSJP y,

**CONSIDERANDO:**

Que a través de la RESOL-2024-1924-INSSJP-DE#INSSJP se aprobó el Programa Hogar de Permanencia Temporal para Personas Mayores con el objetivo de implementar un dispositivo para personas afiliadas mayores de 60 años que se encuentran en condición de alta sanatoria, sin posibilidad de regresar a sus ámbitos domiciliarios y/o comunitarios, y hasta tanto se resuelva la alternativa prestacional más adecuada para la situación.

Que el Programa pretende brindar una prestación de permanencia temporal basado en los principios, lineamientos y derechos protegidos por la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIDHPM), la cual fuera aprobada por Ley N° 27.360, y adquirió jerarquía constitucional por Ley N° 27.700.

Que la prolongación de la internación puede afectar a las personas en tanto se ven expuestas a la posibilidad de nuevos daños a su salud derivados de la propia hospitalización, como infecciones intrahospitalarias u otras y, a su vez, pone en tensión la capacidad del sistema sanitario de brindar respuesta a aquellas personas que lo requieren.

Que, en esta línea de ideas, el Programa Hogar de Permanencia Temporal para Personas Mayores procura brindar una permanencia temporal a quienes no cuenten con red de apoyo o que esta sea insuficiente o incontinente.

Que, a fin de alcanzar una implementación eficaz, es menester avanzar en la reglamentación del Programa referido, que asegure un adecuado cumplimiento de las prestaciones a las personas afiliadas.

Que, mediante la resolución RESOL-2024-1924-INSSJP-DE#INSSJP, el Director Ejecutivo delegó en la

Gerencia de Prestaciones Médicas la facultad de elaborar la reglamentación necesaria para la aplicación del nuevo modelo prestacional y las acciones que correspondan llevar a cabo al efecto.

Por ello, y en uso de las facultades conferidas por la Resoluciones RESOL-2024-10-INSSJP-DE#INSSJP, RESOL-2024-1272-INSSJP-DE#INSSJP y RESOL-2024-1273-INSSJP-DE#INSSJP,

## **EL GERENTE DE PRESTACIONES MÉDICAS**

### **DISPONE:**

**ARTICULO 1°.-** Aprobar la reglamentación de la RESOL-2024-1924-INSSJP-DE#INSSJP que se agrega como Anexo I (IF-2024-97578887-INSSJP-GPM#INSSJP), y forma parte integrante de la presente.

**ARTICULO 2°.-** Establecer los requisitos que deberán cumplimentar los prestadores del PROGRAMA HOGAR DE PERMANENCIA TEMPORAL PARA PERSONAS MAYORES, conforme el Anexo II (IF-2024-97578941-INSSJP-GPM#INSSJP) que se agrega y forma parte de la presente.

**ARTICULO 3°.-** Registrar, comunicar y publicar en el Boletín del Instituto. Cumplido, proceder a su archivo.

**ANEXO I**  
**REGLAMENTACIÓN PROGRAMA HOGAR DE PERMANENCIA TEMPORAL**  
**PARA PERSONAS MAYORES**

Una vez detectada la necesidad de internación en un Hogar de Permanencia Temporal, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión correspondientes (*VER CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN*), el prestador de II Nivel en el que se encuentra internado el afiliado o centro coordinador (en aquellos II Niveles que cuenten con el mismo) o desde la UGL de la persona afiliada, se solicitará la prestación del servicio de Hogar de Permanencia Temporal.

Para ello, se deberá emitir una Orden de Prestación (OP) en el sistema SII, quedando la misma en estado Pendiente de Autorización Nivel Central - Gerencia de Prestaciones Médicas (NC-GPM). Al momento de la emisión de la OP se deberá adjuntar epicrisis de internación en la que consten indicaciones médicas, de enfermería, dieta, esquema farmacológico, pautas de alarma, y toda aquella información del afiliado sin errores para evitar demoras e inconvenientes.

Las órdenes de prestación podrán emitirse por cantidad mínima 1 y máxima 6, correspondiendo estas cantidades a los meses autorizados.

La Orden de Prestación emitida será evaluada por NC-GPM pudiendo quedar en 3 estados diferentes:

- Rechazada: La OP no es autorizada, debiendo justificarse y aclararse el motivo del rechazo en el sistema.
- Pendiente de carga de documentación: La evaluación médica de NC - GPM considera que es necesario ampliar la información aportada sobre el afiliado.
- Generada: la prestación es autorizada NC - GPM y se asigna el prestador con capacidad para brindar el servicio. Automáticamente, el sistema notifica vía correo electrónico al prestador que deberá recibir al paciente.

Una vez autorizada la orden de prestación, el prestador en el que se encuentra internado el afiliado deberá trasladarlo al Hogar de Permanencia Temporal asignado.

El traslado será realizado dentro de las 72 hs. hábiles de haber sido generada la OP. El prestador asignado deberá activar la OP en el sistema una vez recibido al paciente, quedando la misma en estado Activada.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN a HOGAR DE PERMANENCIA TEMPORAL**

- Personas mayores de 60 años que se encuentren internadas en efectores de salud contratados por el Instituto, en condiciones de alta sanatorial (altas de internación de II y III nivel y de centros de rehabilitación y/o centros de cuidados crónicos), que no puedan regresar a su domicilio y/o ámbito comunitario, y hasta tanto se resuelva la alternativa prestacional por parte del Instituto.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN a HOGAR DE PERMANENCIA TEMPORAL**

- Personas que requieran atención médica en II Nivel o en Alta Complejidad.
- Personas que presenten síndrome confusional o delirium y/o trastornos mentales agudos, necesidad de atención por salud mental con frecuencia inferior a 72 hs., conductas agresivas y/o explosivas de manera regular y/o conductas que configuren riesgo para sí y/o para terceros en el marco de lo establecido por la Ley 26657.
- Personas que por su sintomatología y/o alteraciones de conducta no puedan permanecer sin el cuidado continuo de profesionales.

La Coordinación Médica de la UGL realizará una evaluación periódica semestral a fin de corroborar si corresponde la continuidad del servicio de Hogar de Permanencia Temporal, elaborando un informe a tal fin. Asimismo, se deberá verificar nuevamente que no se cuenta con disponibilidad para otra alternativa prestacional (residencia de adultos mayores, internación domiciliaria, etc.), agregando dicha información en el informe, el que será adjuntado en la solicitud de OP.

De corroborarse la necesidad de continuidad, se deberá emitir una nueva OP, adjuntando como documentación el informe resultante de la evaluación previamente realizada. Las órdenes de prestación podrán emitirse por cantidad mínima 1 y máxima 6, correspondiendo estas cantidades a los meses autorizados. La orden de prestación quedará en estado Pendiente de Autorización NC-GPM, la que será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas.

De producirse una modificación en el estado de salud del afiliado que impida su permanencia en el dispositivo (Ver criterios de exclusión), el prestador deberá informar tal situación a la UGL correspondiente para que tramite su cambio de modalidad prestacional.

La mencionada circunstancia podrá ser advertida también por los equipos evaluadores quienes deberán propiciar en forma fundamentada el cambio de modalidad.

### **CONSIDERACIONES ESPECIALES**

Características del dispositivo:

-Recursos humanos del prestador afectados al Módulo:

| <b>PROFESIONAL</b>   | <b>CARGA HORARIA DIARIA</b> | <b>OBSERVACIONES</b>               |
|--|-----------------------------|------------------------------------|
| Médicos emergencias/ urgencias                             | 24 horas<br>4 horas         | Guardia pasiva<br>Revisión semanal |
| Personal de enfermería                                     | 24 horas                    | Turnos mañana, tarde y noche       |
| Personal de asistencia directa (cuidadores gerontológicos) | 24 horas                    | Turnos mañana, tarde y noche       |
| Lic. en nutrición  | 1 hora                      | Revisión semanal                   |

El personal médico deberá atender a los afiliados internados, realizando la evaluación semanal de su estado de salud. Asimismo, deberá estar disponible para casos de emergencias/urgencias a través de guardias pasivas.

El personal de enfermería y el personal de asistencia directa (cuidadores gerontológicos), deberá estar disponible para la atención de los afiliados internados durante las 24 horas.

El personal de nutrición deberá realizar evaluación nutricional de los afiliados internados, indicación de la dieta correspondiente, y evaluación de los alimentos elaborados, con una revisión semanal.



Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados  
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Anexo**

**Número:**

**Referencia:** ANEXO I - EX-2024-41380364- -INSSJP-GPM#INSSJP s/ Reglamentación del Programa Hogar de Permanencia Temporal para Personas Mayores

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 3 pagina/s.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE  
Date: 2024.09.09 15:46:29 -03:00

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL  
ELECTRONICA - GDE  
Date: 2024.09.09 15:46:30 -03:00

**ANEXO II**  
**ACREDITACIÓN DE PRESTADORES DEL**  
**PROGRAMA HOGAR DE PERMANENCIA TEMPORAL PARA PERSONAS MAYORES**

**1.-PRESTADORES INDIVIDUALES**

1. Copia de la Solicitud de Registración firmada y cumplimentada (debe constar Domicilio legal – Nº tel – fax – dirección de mail).
2. Copia autenticada de HABILITACIÓN para los servicios Objeto del Registro y de la HABILITACIÓN del Establecimiento.
3. Copia certificada de la Constancia de Inscripción o inicio trámite en el Registro Nacional de Prestadores de la SSS.
4. Declaración Jurada manifestando no encontrarse comprendido en las prohibiciones del art. 8 del Reglamento del Registro para Prestadores Individuales (*ver modelo en Formularios*).
5. Certificado vigente INSCRIPCIÓN AFIP.
6. Fotocopia INSCRIPCIÓN INGRESOS BRUTOS o CONVENIO MULTILATERAL donde figuren todas las Jurisdicciones.
7. Manifestación por escrito del área geográfica para la cual se postula.
8. Declaración Jurada para Acreditación de Efectores (la que corresponda), firmada por responsable legal o apoderado legal para personas jurídicas y certificada por escribano (*ver Acreditación de Prestadores.*)
9. Certificado de ANTECEDENTES JUDICIALES del prestador individual y/o de las Autoridades de la entidad y del/los responsables expedido por el REGISTRO NACIONAL REINCIDENCIA y ESTADISTICA CRIMINAL (MJN).
10. Certificado expedido por REGISTRO JUICIOS UNIVERSALES del que surja que las Personas Jurídicas, sus autoridades y en su caso los responsables de los establecimientos asistenciales no están fallidos.
11. Fotocopia autenticada de la documental respaldatoria de la TITULARIDAD denunciada sobre la sede de los Establecimientos Asistenciales.

**1.2.- ADEMÁS PARA PERSONA FISICA**

12. Copia certificada del Título habilitante y de la Matrícula Profesional.
13. Certificado que acredite la especialización requerida.
14. Certificado de residencia completa en la especialidad autenticado por escribano (de tenerlo).
15. Curriculum vitae.

**1.2.-PARA PERSONA JURÍDICA**

16. Copia certificada por Escribano del CONTRATO O ESTATUTO SOCIAL O DE LA ASOCIACIÓN, constancia inscripción en la INSPECCIÓN GENERAL DE JUSTICIA y/o Autoridad Provincial competente y Actas modificatorias.
17. Copia certificada por Escribano del ACTA DE ASAMBLEA (designación de autoridades) y ACTA DE DIRECTORIO (designación de cargos).
18. Poder suficiente que acredite la personería de Representante Legal si la misma no surgiere del Contrato constitutivo.
19. Dos últimos BALANCES certificados por el Consejo Profesional.
20. Propuesta funcional que deberá contener el programa de funcionamiento del Establecimiento.

## 2.1.-REDES PRESTACIONALES

21. Copia de solicitud de Registración efectuada cumplimentada y firmada por el Representante Legal de la Red, constituir domicilio Legal y N° tel, fax, dirección de mail.
22. Copia certificada del Estatuto o Contrato Social y Constancia de Inscripción ante IGJ y/o Autoridad Provincial Competente.
23. Copia certificada de la constancia que acredite N° inscripción ante Registro de Prestadores de la SSS o Constancia de iniciación de trámite.
24. Copia autenticada de la HABILITACIÓN emitida por Autoridad Jurisdiccional competente.
25. Poder suficiente que acredite la personería del Representante Legal si la misma no surgiera del Contrato Constitutivo.
26. Dos Listados con detalle de EFECTORES, uno correspondiente a los INTEGRANTES de la Red y otro a los ADHERENTES.
27. Manifestación por escrito del área geográfica para la cual se postula.
28. Declaración Jurada de compromiso de constituir el Centro de Verificación Interna (CVI).
29. Certificado vigente de inscripción en la AFIP.
30. Fotocopia de inscripción en los INGRESOS BRUTOS o CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN CONVENIO MULTILATERAL donde figuren todas las Jurisdicciones.
31. Certificado de JUICIOS UNIVERSALES de la jurisdicción que corresponda donde surja que las personas jurídicas, sus Autoridades, y en su caso el/los responsables de la RED no están fallidos o concursados, ni han solicitado su Concurso Preventivo o Registren Pedido de quiebra.
32. Certificado de ANTECEDENTES JUDICIALES de las autoridades de la entidad.

## 2.2.-PARA CADA UNO DE LOS INTEGRANTES DE LA RED

33. Copia certificada de la inscripción en Registro Nacional de Prestadores de la SSS o constancia de inicio de trámite.

34. Copia autenticada de la habilitación emitida por Autoridad Jurisdiccional Competente del Establecimiento.
35. Declaración Jurada de no estar incurso en incompatibilidades del art. 8 del Reglamento del Registro para Redes Prestacionales Res 284/DE/05. *(Ver modelo en Formularios)*.
36. Antecedentes profesionales respecto de la prestación de servicios iguales o similares.
37. Declaración Jurada de Acreditación de Efectores (la que corresponda) *(Ver Acreditación de Prestadores)*.
38. Certificado inscripción AFIP vigente.
39. Fotocopia inscripción de Ingresos Brutos o Convenio Multilateral donde figuren todas las Jurisdicciones.
40. Fotocopia certificada de la documental respaldatoria sobre la sede de los Establecimientos Asistenciales.
41. Declaración Jurada en calidad de EFECTORES /INTEGRANTES de la Red Prestacional *(ver modelo en Formularios)*.

#### 2.3.-SI FUERAN PERSONAS JURÍDICAS ADEMÁS PRESENTAR:

42. Copia Certificada por escribano Público o Autoridad Judicial Competente del contrato o estatuto y sus modificaciones y de la constancia Inscripción ante la IGJ y/o Aut., pcial competente.
43. Copia certificada por escribano del Acta de Asamblea y Acta de Directorio y duración de sus mandatos.
44. Poder suficiente que acredite la personería del representante Legal si no surgiera del Contrato Constitutivo.
45. Dos últimos balances certificados por el Consejo Profesionales. Si fueran Instituciones Públicas, Nacionales, Provinciales o Municipales, constancia de la aprobación de la última ejecución presupuestaria.

#### 2.4.-ADHERENTES DE LA RED

46. Personas Físicas: ídem anterior.
47. Personas Jurídicas: ídem anterior.
48. Declaración Jurada de adhesión a la red certificada la firma por escribano *(ver modelo en Formularios)*.
49. En todos los casos en que se requiera declaración jurada la misma debe contar con certificación notarial de la firma de la cual surja carácter invocado y facultades que posee.



Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados  
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Anexo**

**Número:**

**Referencia:** ANEXO II - EX-2024-41380364- -INSSJP-GPM#INSSJP s/ Reglamentación del Programa Hogar de Permanencia Temporal para Personas Mayores

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 3 pagina/s.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE  
Date: 2024.09.09 15:46:33 -03:00

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL  
ELECTRONICA - GDE  
Date: 2024.09.09 15:46:34 -03:00