



Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
2019 - Año de la Exportación

Resolución

Número:

Referencia: EX-2019-69198553- -INSSJP-GPM#INSSJP - Nuevo Modelo Cuidados Paliativos para Pacientes Oncológicos

VISTO el EX-2019-69198553- -INSSJP-GPM#INSSJP y las Resoluciones N° 883/DE/17, RESOL-2018-885-INSSJP-DE#INSSJP, RESOL-2018-1120-INSSJP-DE#INSSJP, Resolución Ministerio de Salud N° 201/02, Resolución Ministerio de Salud N° 357/16 y

CONSIDERANDO:

Que por Resolución N° 883/DE/17 se aprobó el Nomenclador Común del Instituto y su componente prestacional.

Que por medio de la RESOL-2018-885-INSSJP-DE#INSSJP, se aprobaron modificaciones al Nomenclador Común del Instituto de modo complementario al aprobado por Resolución N° 883/DE/17, modificatorias y complementarias.

Que la Organización Mundial de la Salud define al cuidado paliativo como el abordaje activo y total que mejora la calidad de vida de los pacientes con enfermedad avanzada e incurable, y la de sus familias por un equipo multidisciplinario, procurando el alivio del dolor y otros problemas asociados con la enfermedad o los tratamientos.

Que la Resolución N° 201/02 del Ministerio de Salud, aprueba el Programa Médico Obligatorio (PMO) que los incorpora para la asistencia de pacientes con enfermedades potencialmente letales a corto o mediano plazos, que no responden a tratamientos disponibles con finalidad curativa, privilegiando el cuidado, confort y contención de paciente y familia.

Que la Resolución N° 357/16 del Ministerio de Salud aprobó las Normas de Organización y Funcionamiento de Cuidados Paliativos.

Que en consonancia con lo antedicho, el Instituto propone la creación del Programa de Cuidados Paliativos Domiciliarios para Pacientes Oncológicos, dando continuidad a la atención paliativa como parte de un abordaje integral, a través de una planificación estratégica en fases progresivas de desarrollo asistencial, académico y de investigación.

Que en este sentido, la Gerencia de Prestaciones Médicas entiende necesario aprobar el nuevo menú prestacional de cuidados paliativos para pacientes oncológicos en domicilio, cuyo propósito sea el acompañamiento multidimensional de la persona enferma y su entorno afectivo, en la etapa de enfermedad avanzada y terminal, buscando su mejor calidad de vida posible.

Que asimismo los prestadores que adhieran al nuevo Menú de Cuidados Paliativos deberán cumplir los requisitos legales definidos en el Anexo III de la Resolución 1120/DE/18, modificatorias y complementarias y los requisitos específicos que en la presente se aprueban.

Que la Secretaría General Técnico Médica, la Gerencia de Prestaciones Médicas, la Gerencia de Análisis de Procesos Retributivos, la Gerencia Económico Financiera, la Sindicatura General del Instituto y Jefatura de Gabinete de Asesores han tomado la debida intervención de sus competencias.

Que la Gerencia de Asuntos Jurídicos ha tomado intervención en el marco de su competencia, no encontrando objeciones jurídicas que formular para la suscripción de la presente medida.

Por ello, en uso de las facultades reconocidas por los artículos 2° y 3° del Decreto PEN N° 2/04 y el artículo 1° del Decreto PEN N° 218/17 y del Decreto PEN N° 292/17,

EL DIRECTOR EJECUTIVO DEL ÓRGANO EJECUTIVO DE GOBIERNO

DEL INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES

PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS

RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- Aprobar el nuevo Menú Prestacional de Cuidados Paliativos para Pacientes Oncológicos en Domicilio el cual se integra a la presente como Anexo I (IF-2019-96347978-INSSJP-DE#INSSJP); e incorporarlo al Componente Prestacional del Nomenclador Común del Instituto, aprobado por la Resolución N° 883/DE/17, modificatorias y complementarias.

ARTÍCULO 2°.- Aprobar las modificaciones al Nomenclador Común del Instituto de modo complementario al aprobado por Resolución N° 883/DE/17 modificatorias y complementarias, en lo atinente a las prácticas y módulos del nuevo Menú Prestacional de Cuidados Paliativos para Pacientes Oncológicos en Domicilio detallados en el Anexo II (IF-2019-96347522-INSSJP-DE#INSSJP), el cual se agrega como parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3°.- Aprobar los valores de los Módulos del Menú prestacional aprobado en la presente, de acuerdo al detalle del Anexo III (IF-2019-96346821-INSSJP-DE#INSSJP).

ARTÍCULO 4°.- Aprobar las modificaciones a la RESOL-2018-1120-INSSJP-DE#INSSJP, estableciendo los requisitos específicos de cumplimiento obligatorio para quienes brinden la prestación de Cuidados Paliativos para Pacientes Oncológicos en Domicilio, conforme el detalle del Anexo IV (IF-2019-96347777-INSSJP-DE#INSSJP) de la presente.

ARTÍCULO 5°.- Establecer que los prestadores que quieran comenzar a brindar las prestaciones comprendidas en el Menú de Cuidados Paliativos para Pacientes Oncológicos en Domicilio, deberán dar cumplimiento con los requisitos exigidos en la RESOL-2018-1120-INSSJP-DE#INSSJP en los términos aprobados en el Artículo 4°, a los

efectos de suscribir posteriormente el modelo de contrato aprobado en el Artículo 2° de la Resolución N° 408/DE/2017.

ARTICULO 6°.- Instruir a la Gerencia de Prestaciones Médicas a la reglamentación de la presente.

ARTÍCULO 7°.- Establecer que el Menú de Cuidados Paliativos para Pacientes Oncológicos en Domicilio, entrará en vigencia el primer (1°) día del mes siguiente una vez transcurridos treinta (30) días corridos de la publicación de la presente.

ARTÍCULO 8°.- Registrar, comunicar y publicar en el Boletín del Instituto. Cumplido, archívese.

ANEXO I

MENÚ PRESTACIONAL

Módulos Principales:

Cuidados Paliativos A:

Incluye las siguientes prestaciones- Médico paliativista 1 a 2 visitas/sem; Enfermera 1 a 3 visitas/sem, insumos y opioides orales de liberación rápida (morfina, metadona, oxicodona).

Será adecuado para un paciente con baja carga de síntomas y control adecuado de los mismos, y/o necesidades multidimensionales o de información que puedan ser respondidas por el equipo básico (médico-enfermero), independientemente del momento vital del paciente (Es decir que un paciente con seguimiento paliativo y síntomas controlados podría no requerir mayor complejidad aún en fin de vida). La enfermería corresponde a prestaciones de lunes a lunes.

Cuidados Paliativos B:

Incluye -Médico paliativista 1 a 3 visitas/sem; Enfermera 4 a 7 visitas/sem, insumos y opioides orales de liberación rápida (morfina solución o comprimidos, metadona comprimidos, oxicodona).

Será adecuado para pacientes con deterioro progresivo, moderada carga de síntomas con requerimiento de ajustes de tratamiento farmacológico y monitoreo de respuesta a dichos cambios; o con necesidades urgentes de orden físico, psico-social o de información, que no requieran intervención específica de salud mental u otra área, independientemente del momento vital del paciente.

La enfermería corresponde a prestaciones de lunes a lunes.

Cuidados Paliativos C:

Incluye Médico paliativista 1 a 3 visitas/sem; Enfermera 2 a 3 visitas/diarias, insumos y opioides orales de liberación rápida (morfina, metadona, oxicodona).

Será adecuado para pacientes con alta carga sintomática y control de síntomas dificultoso; necesidad de manejo profesional de la vía aérea; requerimiento de inicio de aplicación subcutánea de medicamentos, manejo de sonda nasogástrica (SNG) u ostomías de alimentación, o intercurrentia aguda que requiera medicación endovenosa o control clínico más estricto (ej. Infección que decida tratarse en domicilio).

Este módulo tendrá una duración limitada que se ajustará a la necesidad transitoria de la UT. Cabe señalar que, si bien la enfermería cumple funciones asistenciales habituales cuando esto sea necesario y adecuado, en el acompañamiento del paciente con enfermedad avanzada-terminal, su tarea específica se centra fundamentalmente en el control de síntomas, y el entrenamiento y supervisión de los responsables del cuidado diario para la administración de medicación paliativa.

La enfermería corresponde a prestaciones de lunes a lunes.

Detalle de insumos incluidos en los módulos

Guantes descartables

Gasas y apósitos estériles

Apósito impermeable tipo Tegaderm

Solución antiséptica (yodo povidona)

Baño fácil

Guías de suero

Pie de suero

Jeringas de insulina, 5 y 10ml

Agujas butterfly 23 o 25

Agujas estériles sc, ev. Cateter ev.

Solución salina 9%°, Dextrosa al 5%

Sonda vesical y bolsas colectoras

Sonda nasogástrica

Cinta

La provisión de los citados insumos corresponde a los módulos principales, debiéndose disponer en el domicilio del paciente en cantidad suficiente para su higiene y cuidado diarios, tratamientos y aplicación de medicación.

NOTA: En todos los casos, al ingreso al programa en la primera visita médica, el profesional realizará una **evaluación inicial** integral, a fin de determinar la factibilidad del seguimiento en domicilio (condiciones ambientales básicas, red de cuidado, complejidad del caso), las necesidades actuales y potenciales, y la estrategia de cuidado. El resultado de dicha evaluación será registrado en la HC del paciente. Asimismo, se explicarán las características y alcances del programa, y se firmará la **conformidad de asistencia**, constituyendo esto un acto profesional con implicancias éticas y legales.

Submódulo Salud Mental:

Incluye: Visita de psicología y/o psiquiatría 1-3 veces/semana.

Será adecuado cuando se requiera el abordaje específico de síntomas del orden emocional, ansiedad, depresión u otros trastornos psíquicos que dificulten la adaptación activa de la UT a la situación de enfermedad, o bien ante la detección de riesgos que ameriten una evaluación especializada para su intervención o derivación a otro nivel.

La frecuencia responderá a la complejidad de las necesidades.

Submódulos de Terapia Física Paliativa:

Incluye visitas de kinesiología motora y/o respiratoria y/o terapia ocupacional con objetivos de rehabilitación paliativa. Su solicitud, particularmente en pacientes en fin de vida, deberá estar debidamente justificada.

Submódulo de Oxigenoterapia

Comprende:

- Concentrador de oxígeno más tubo de back up, tubuladuras y recargas.
- BPAP (equipo de dos presiones en vía aérea con frecuencia de back up; máscara).
- Aspirador manual (1 por internación).

Estos elementos serán provistos por la empresa de CP hasta que el Instituto los otorgue por los medios habituales.

Submódulo de Equipamiento:

Comprende:

- Cama ortopédica
- Colchón anti-escara
- Silla de ruedas
- Andador
- Inodoro portátil, adaptador de inodoro

El equipamiento será provisto por la empresa de CP hasta que el Instituto provea los elementos necesarios a través del Banco de Prótesis.

Submódulo de Insumos traqueostomía:

Comprende

- Gasas TQT no tejidas (60 por mes).
- Filtros de traqueotomía (30 por mes).
- Cánulas (2 por mes).
- Aspirador manual (1 por internación).

Corresponderá únicamente para pacientes traqueostomizados.

Submódulos de Guardia semanales de Enfermería:

Incluyen a) Enfermería: guardia de 4 horas; b) Enfermería: guardia de 8 horas.

Las guardias de enfermería se reservarán para pacientes en situación de últimos días de vida. Podrán considerarse en casos de necesidad de manejo profesional de vía subcutánea o aspiración de secreciones respiratorias para los que las visitas periódicas no resulten suficientes. Esto deberá ser explícitamente detallado por el solicitante.

Debe señalarse que la enfermería **no** cumple funciones de cuidador gerontológico o domiciliario en la asistencia para las actividades de la vida diaria (AVD), debiendo la solicitud del profesional estar justificada médicamente.

Su autorización es por períodos semanales, con un máximo de 4 semanas por OP.

Dichos submódulos podrán combinarse hasta completar el máximo de 24hs/d de asistencia, de lunes a lunes si correspondiera.

La cobertura de 8 o más horas de guardia de enfermería no podrá combinarse con el módulo de cuidados paliativos C (de mayor complejidad).

Submódulo de medicamento (parenteral):

incluye la provisión por la empresa de la siguiente medicación para uso parenteral: Morfina 10mg 1% (amp), midazolam 15mg (amp), haloperidol 5mg(amp), levomepromazina 25mg(amp); Metoclopramida 10mg(amp), hioscina 20mg (amp), dipirona 1g(amp), dexametasona 8mg (amp).

Los mismos se proveerán en tiempo y forma acorde a la necesidad del paciente.

Su autorización es por períodos semanales, con un máximo de 4 semanas por OP.

Los medicamentos no contemplados en el submódulo se gestionarán por las vías habituales de PAMI con cobertura del 100% para el afiliado. En todos los casos, se deberá asegurar el cumplimiento de la trazabilidad de los medicamentos según normativa vigente.

Combinaciones posibles entre módulos

| Módulos y SM | Cuidados Paliativos A*** | Cuidados Paliativos B*** | Cuidados Paliativos C*** | Submódulos de Guardia de enfermería 4hs | Submódulos de Guardia de enfermería 8hs |
|--|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|--|
| Submódulo Psi | SI | SI | SI | SI | SI |
| Submódulos de terapia física paliativa | SI | SI | SI | SI | SI |
| Submódulo de Insumos traqueostomía * | SI | SI | SI | SI | SI |
| Submódulos de Guardia de enfermería 4hs | SI | SI | SI | NO | SI** |
| Submódulos de Guardia de enfermería 8hs | SI | SI | NO | SI** | SI*** |

*El submódulo de insumos de traqueostomía no será combinable con el submódulo de aspirador manual.

** Los submódulos de guardia de enfermería podrán combinarse de la siguiente manera

| M de Guardia | SM de Guardia | SM de Guardia | Total de hs.cubiertas |
|---------------------|----------------------|----------------------|------------------------------|
|---------------------|----------------------|----------------------|------------------------------|

| | | | |
|-----|-----|-----|------|
| 4hs | - | - | 4hs |
| 8hs | - | - | 8hs |
| 4hs | 8hs | - | 12hs |
| 8hs | 8hs | - | 16hs |
| 4hs | 8hs | 8hs | 20hs |
| 8hs | 8hs | 8hs | 24hs |

La cobertura de 8hs o más de enfermería permanente será incompatible con el Módulo C

*** Los módulos principales podrán combinarse con todos los submódulos de oxigenoterapia y equipamiento según corresponda.

Las prestaciones correspondientes a los submódulos sólo se brindarán acompañando a un módulo principal o módulo madre (Cuidados Paliativos A, B o C).

Las prestaciones del presente programa son **incompatibles con las prestaciones domiciliarias de fisioterapia y ADI.**



Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
2019 - Año de la Exportación

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: EX-2019-69198553- -INSSJP-GPM#INSSJP - Modelo Cuidados Paliativos Pacientes Oncológicos - ANEXO 1

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 7 pagina/s.

ANEXO II

MODIFICACIONES DEL NOMENCLADOR COMUN DEL INSTITUTO

- ALTAS DE MODULO**

| CODIGO | DESCRIPCION |
|--------|-----------------------------------|
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS |

- ALTAS DE PRACTICAS**

| CAPITULO | | PRACTICA | |
|----------|-----------------------------------|----------|--|
| CODIGO | DESCRIPCION | CODIGO | DESCRIPCION |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150001 | MODULO MENSUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS A |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150002 | MODULO MENSUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS B |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150003 | MODULO MENSUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS C |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150004 | SUBMODULO MENSUAL DE SALUD MENTAL |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150005 | SUBMODULO MENSUAL DE TERAPIA FISICA PALIATIVA |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150006 | SUBMODULO MENSUAL DE OXIGENOTERAPIA I (CONCENTRADOR DE O2 Y TUBO DE BACK UP, TUBULADURAS Y RECARGAS) |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150007 | SUBMODULO MENSUAL DE OXIGENOTERAPIA II (BPAP EQUIPO DE DOS PRESIONES EN VÍA AÉREA CON FRECUENCIA DE BACK UP Y MÁSCARA) |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150008 | SUBMODULO MENSUAL DE OXIGENOTERAPIA III (ASPIRADOR MANUAL, CÁNULAS) |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150009 | SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - PROVISION DE SILLA DE RUEDAS |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150010 | SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - PROVISION DE CAMA ORTOPEDICA |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150011 | SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - PROVISION DE COLCHON ANTIESCARAS |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150012 | SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - PROVISION DE ANDADOR |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150013 | SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - INODORO PORTATIL Y/O ELEVADOR DE INODORO |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150014 | SUBMODULO MENSUAL DE PROVISION DE INSUMOS PARA TRAQUEOSTOMIA |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150015 | SUBMODULO SEMANAL DE GUARDIA DE ENFERMERIA DE 4 HORAS |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150016 | SUBMODULO SEMANAL DE GUARDIA DE ENFERMERIA DE 8 HORAS |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150017 | SUBMODULO SEMANAL DE MEDICAMENTOS (PARENTERAL) |



Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
2019 - Año de la Exportación

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: EX-2019-69198553- -INSSJP-GPM#INSSJP - Modelo Cuidados Paliativos Pacietnes Oncologicos -
Anexo 2

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 1 pagina/s.

ANEXO III

VALORES DE LOS MODULOS DEL MENU PRESTACIONAL

| CAPITULO | | PRACTICA | | |
|----------|-----------------------------------|----------|--|--------------|
| CODIGO | DESCRIPCION | CODIGO | DESCRIPCION | VALOR |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150001 | MODULO MENSUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS A | \$ 29.160,60 |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150002 | MODULO MENSUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS B | \$ 42.182,00 |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150003 | MODULO MENSUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS C | \$ 60.301,92 |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150004 | SUBMODULO MENSUAL DE SALUD MENTAL | \$ 9.825,00 |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150005 | SUBMODULO MENSUAL DE TERAPIA FISICA PALIATIVA | \$ 8.000,00 |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150006 | SUBMODULO MENSUAL DE OXIGENOTERAPIA I (CONCENTRADOR DE O2 Y TUBO DE BACK UP, TUBULADURAS Y RECARGAS) | \$ 1.965,00 |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150007 | SUBMODULO MENSUAL DE OXIGENOTERAPIA II (BPAP EQUIPO DE DOS PRESIONES EN VÍA AÉREA CON FRECUENCIA DE BACK UP Y MÁSCARA) | \$ 3.569,75 |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150008 | SUBMODULO MENSUAL DE OXIGENOTERAPIA III (ASPIRADOR MANUAL, CÁNULAS) | \$ 1.572,00 |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150009 | SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - PROVISION DE SILLA DE RUEDAS | \$ 753,25 |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150010 | SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - PROVISION DE CAMA ORTOPEDICA | \$ 1.203,56 |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150011 | SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - PROVISION DE COLCHON ANTIESCARAS | \$ 753,25 |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150012 | SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - PROVISION DE ANDADOR | \$ 327,50 |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150013 | SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - INODORO PORTATIL Y/O ELEVADOR DE INODORO | \$ 600,00 |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150014 | SUBMODULO MENSUAL DE PROVISION DE INSUMOS PARA TRAQUEOSTOMIA | \$ 9.301,00 |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150015 | SUBMODULO SEMANAL DE GUARDIA DE ENFERMERIA DE 4 HORAS | \$ 6.000,00 |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150016 | SUBMODULO SEMANAL DE GUARDIA DE ENFERMERIA DE 8 HORAS | \$ 12.000,00 |
| 150 | CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS | 150017 | SUBMODULO SEMANAL DE MEDICAMENTOS (PARENTERAL) | \$ 7.000,00 |

Para las UGLs de la región patagónica se reconocerá un adicional del 20%.



Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
2019 - Año de la Exportación

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: EX-2019-69198553- -INSSJP-GPM#INSSJP - Modelo Prestacional Cuidados Paliativos para Pacientes Oncológicos- Anexo 3

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 1 pagina/s.

ANEXO IV

REQUISITOS ESPECÍFICOS EQUIPO ASISTENCIAL CUIDADOS PALIATIVOS

Todos los profesionales del equipo deberán ser **matriculados** por el organismo correspondiente, poseer experiencia en trabajo interdisciplinario y asistencial demostrable en el área de CP, y formación académica específica según se detalla a continuación:

Director Médico o Coordinador Médico nombrados por Estatuto: Especialidad básica acreditada por las autoridades correspondientes (Clínica médica, medicina familiar, terapia intensiva, pediatría); Además: Maestría o Postgrado avanzado 180hs en CP o residencia postbásica completa o certificación en la especialidad; y al menos 2 años de experiencia asistencial demostrables en el área de CP.

Médico: Especialidad básica acreditada por las autoridades correspondientes (Clínica médica, medicina familiar, terapia intensiva, pediatría), preferentemente con formación específica básica o avanzada en CP o certificación en la especialidad; y experiencia asistencial demostrable en el área de CP.

Lic. Psicología/Psiquiatra: preferentemente con formación específica básica o avanzada en CP; y experiencia asistencial demostrable en el área de CP.

Enfermería: enfermero profesional o licenciado en enfermería, preferentemente con formación específica en CP y experiencia asistencial demostrable en el área de CP.

Lic. en Kinesiología: preferentemente formación específica en CP y experiencia asistencial demostrable en el área de CP.

Lic. En Terapia Ocupacional: preferentemente formación específica en CP y experiencia asistencial demostrable en el área de CP.

Aquellos profesionales que no acrediten formación teórico-práctica específica demostrable en CP, deberán contar con la supervisión del médico especialista (médico asistencial o coordinador médico).

El equipo deberá contar con un **acceso telefónico para contacto** las 24hs del día, todos los días de la semana **para consultas de la Unidad Terapéutica (paciente-familia) en caso de emergencia.**

El cumplimiento de los requisitos arriba enumerados deberá detallarse mediante presentación la siguiente declaración jurada acompañada de la documentación respaldatoria.

DECLARACION JURADA DE INTEGRANTES Y EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS

El PRESTADOR: _____, representado en este acto por _____ (DNI _____) con domicilio en _____, en su carácter de _____, declaro bajo juramento:

INFORMACION GENERAL

| | | | |
|-------------------------|--|-----------------------|--|
| Fecha | | Email de contacto | |
| Institución solicitante | | Tel. de contacto | |
| Dirección | | Tel. de contacto 24hs | |
| Ciudad/provincia | | | |

FORMACION ACADEMICA DEL EQUIPO ASISTENCIAL**

DIRECTOR MEDICO (Designado por Estatuto/Asamblea)

| | | | |
|-----------------------------------|----------------------|-----------|--|
| Apellido y Nombre | | | |
| Nº M.N. | Nº M.P. | Provincia | |
| Especialidad en... | | | |
| Maestría en CP * | | | |
| Postgrado avanzado en CP * | | | |
| Residencia postbásica completa CP | Certificación en CP* | | |
| Experiencia asistencial en CP * | | | |

COORDINADOR MEDICO (Designado por Estatuto/Asamblea)

| | | | |
|-----------------------------------|----------------------|-----------|--|
| Apellido y Nombre | | | |
| Nº M.N. | Nº M.P. | Provincia | |
| Especialidad en... | | | |
| Maestría en CP * | | | |
| Postgrado avanzado en CP * | | | |
| Residencia postbásica completa CP | Certificación en CP* | | |
| Experiencia asistencial en CP * | | | |

MEDICO

| | | | |
|-----------------------------------|----------------------|-----------|--|
| Apellido y Nombre | | | |
| Nº M.N. | Nº M.P. | Provincia | |
| Especialidad en... | | | |
| Maestría en CP * | | | |
| Postgrado avanzado en CP * | | | |
| Residencia postbásica completa CP | Certificación en CP* | | |
| Experiencia asistencial en CP * | | | |

LIC. PSICOLOGIA/PSQUIATRIA

| | | | |
|-------------------|---------|-----------|--|
| Apellido y Nombre | | | |
| Nº M.N. | Nº M.P. | Provincia | |
| Formación en CP * | | | |

LIC. EN TRABAJO SOCIAL

| | | | |
|-------------------|---------|-----------|--|
| Apellido y Nombre | | | |
| Nº M.N. | Nº M.P. | Provincia | |
| Formación en CP * | | | |

LIC. KINESIOLOGIA

| | | | |
|-------------------|---------|-----------|--|
| Apellido y Nombre | | | |
| Nº M.N. | Nº M.P. | Provincia | |
| Formación en CP * | | | |

LIC. FONOAUDIOLOGIA

| | | | |
|-------------------|---------|-----------|--|
| Apellido y Nombre | | | |
| Nº M.N. | Nº M.P. | Provincia | |
| Formación en CP * | | | |

LIC. TERAPIA OCUPACIONAL

| | | | |
|-------------------|---------|-----------|--|
| Apellido y Nombre | | | |
| Nº M.N. | Nº M.P. | Provincia | |
| Formación en CP * | | | |

ENFERMERIA

| | | | |
|-------------------|---------|-----------|--|
| Apellido y Nombre | | | |
| Nº M.N. | Nº M.P. | Provincia | |
| Formación en CP * | | | |

INSTRUCCIONES GENERALES

* INDICAR INSTITUCION/ES Y HORAS/AÑOS, SEGÚN CORRESPONDA

** TODOS LOS DATOS DEBEN ESTAR COMPLETOS Y ACOMPAÑADOS DE LOS CURRICULUM VITAE DEL PERSONAL JUNTO CON LA DOCUMENTACION RESPALDATORIA.

FIRMA
ACLARACION

FECHA



Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
2019 - Año de la Exportación

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: EX-2019-69198553- -INSSJP-GPM#INSSJP - Modelo Cuidados Paliativos Pacientes Oncologicos -
Anexo 4

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