

INSTRUCTIVO DE FUNCIONAMIENTO

OBRA SOCIAL



ados

Comodoro Rivadavia



TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|----|
| 1. VISION..... | 4 |
| 2. Programa Garantia de Calidad | 5 |
| 3. Emergencia/Urgencia | 6 |
| 4. Circuitos de atencion | 8 |
| 5. Atenciones Covid 19..... | 10 |
| 6. Farmacia | 11 |
| 7. Contacto | 12 |
| Adjuntos..... | 15 |
| Planillas de complejidad | 16 |
| Ficha epidemiologica covid 19 | 18 |

1. VISION

1. LA ASOCIACION DE OBRAS SOCIALES DE COMODORO RIVADAVIA (ADOS), ES UNA OBRA SOCIAL SINDICAL NATURAL DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD ESTABLECIDO POR LA LEY 23.661, INSCRIPTA EN EL REGISTRO NACIONAL DE OBRAS SOCIALES BAJO EL NÚMERO 60040-8.

Presenta su Plan Medico Asistencial (PMA), sustentado en las necesidades sanitarias de la población beneficiarias teniendo en cuenta criterios sociales, demográficos, epidemiológicos y económicos.

Preservar el Sistema Solidario de Salud continúa siendo la razón de ser de nuestra Institución. En ese camino, y con el propósito de responder al ideario fundante de la ADOS, es que seguimos privilegiando la prevención y la promoción de los estándares de salud de nuestros afiliados.

Convencidos del que estar sano va más allá de sentirse libre de cualquier patología biológica reconociendo un origen social a la enfermedad, ratificamos el derecho a la salud de todos los trabajadores a través de la consolidación y el crecimiento de las Obras Sociales Sindicales.

PROGRAMA DE GARANTIA DE CALIDAD

PROGRAMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD

La Obra Social A.D.O.S de Comodoro Rivadavia cumple con las normativas de aplicar el Programa de Garantía de la Calidad a través de la Red de Prestadores tanto de las prestaciones realizadas en los Consultorios propios de la Obra Social como de la nómina de prestadores contratados para la atención medica de Internación, Estudios de Diagnósticos por Imágenes, Estudios de Laboratorios, Estudios de Medicina Nuclear, Prestaciones de Hemodinamia, Practicas Odontológicas, Atenciones Ambulatorias, Practicas especializadas de alta complejidad y toda otra prestación que establece el Plan Médico Obligatorio.

PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO

Objetivos generales:

Optimizar la salud de nuestra población beneficiaria empleando lo mejor y más avanzados conocimientos disponibles, asegurando a todos los beneficiarios la accesibilidad, integral y continua de atención medica en función de la calidad.

Accesibilidad:

Facilitar la utilización de los servicios cubiertos que se ajusten a la necesidad de la comunidad tanto en extensión como en profundidad, desde el reconocimiento del problema, el diagnostico hasta su manejo y seguimiento, teniendo en cuenta que detectar la necesidad implica hacer una tarea de promoción y prevención.

Continuidad:

Afianzar la relación médico paciente (Plan Federal de la Salud), medico de referencia ya que los beneficiarios del cuidado longitudinal logran mayor

efectividad y eficiencia en los resultados con el consiguiente aumento de la satisfacción del paciente.

Coordinación:

A través de una única Historia Clínica que mejore el reconocimiento de la información, sobre un problema, facilitando la mejor toma de decisión para el paciente.

Damos cumplimiento a la Resolución Ni 1991/05-MS, que incorpora a la Resolución Ni 201/02-MS y Ni 310/04-MS, modificaciones y reglamentaciones del Programa Médico Obligatorio.

URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS

Emergencia:

Es un cuadro que implica riesgo de vida y por ello requiere la atención médica urgente. En general se trata de pacientes que han sufrido grandes traumatismos, hemorragias de importancia, pérdida de conocimiento que no se recupera de inmediato, dolor precordial intenso, entre otras.

Urgencia:

Es una situación que no implica riesgo de vida, pero requiere la atención médica a la brevedad posible. Conviene consultar a un servicio médico en forma perentoria.

Centros de atención médica de urgencia:

Si es posible el desplazamiento del paciente, dirijase directamente a los centros de atención médica de urgencias y emergencias detallados en el ítem Clínicas y Sanatorios “Atención de urgencia y emergencia” que figuran en su cartilla en cada zona.

CIRCUITO DE ATENCION EMERGENCIA/ URGENCIA EN CENTRO DE ATENCION CONTRATADO

- *Ingreso del Paciente: Solicitar DNI y Credencial que corrobore la identidad y validar la afiliación mediante el Sistema ADOS PLUS.*
- *El afiliado habilitado esta apto para recibir toda la atención de emergencia o urgencia pertinente en todas las áreas que el médico tratante lo solicite.*
- *Para su posterior facturación solo será requisito adjuntar copia del print de pantalla de validación Ados Plus con firma y aclaración del afiliado o acompañante aclarando parentesco.*
- *Las practicas que se realizaren durante la atención integral del afiliado en guardia deberán ser acompañadas del informe respectivo según corresponda, pedido medico con firma y aclaración del afiliado en conformidad o acompañante.*
- *Ante cualquier consulta podrán comunicarse a los contactos de atención adjuntos al final de este capitulo*

CIRCUITO DE ATENCION AL AFILIADO AMBULATORIO

- *Todo Afiliado ambulatorio debe gestionar el pedido de autorizacion ante la Obra Social, en cualquiera de sus sedes, mediante la presentacion del pedido medico acompañado de los estudios complementarios que correspondan según el caso, el cual sera visado por el medico auditor y luego el asesor administrativo emitira el bono correspondiente.*
- *Todo afiliado ambulatorio que tenga un turno programado de atencion debiera asistir con pedido medico firmado por el auditor asi como el bono corresponediente.*

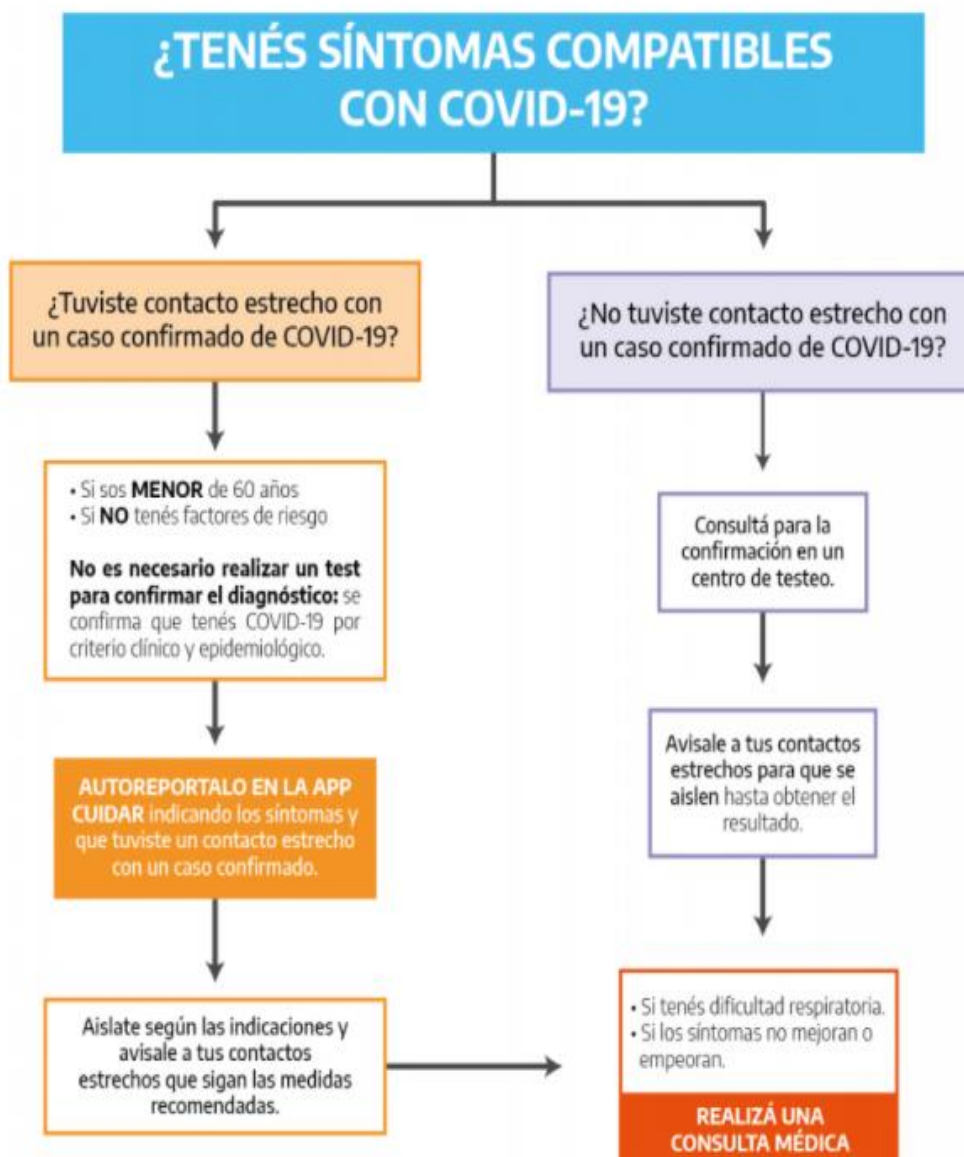
CIRCUITO DE ATENCION EN INTERNACION:

- *Toda internacion programada debe ser gestionada por el afiliado ante la obra social para su pertinente supervision por Asesoria Medica y la correspondiente emision de bonos de autorizacion por parte de la gestion Administrativa. Los pedidos medicos deben tener todos los datos pertinentes, incluso la solicitud de usos de equipo si fueran a utilizarse*
- *Las cirugias de Urgencia que ingresaran deberan adjuntar la constancia de Aptitud del sistema ADOS PLUS al momento del ingreso y dentro de las siguientes 24 a 48 hs horas habiles dicha internacion debera ser informada a la ADOS mediante los canales de comunicaci3n, via mail adjuntando pedidos medicos e historia clinica. Las internaciones tienen cobertura del 100% tanto en prestaciones como medicamentos.*
- *Se adjuntan planillas de solicitud de Alta complejidad y Medicamentos de Alto costo para ser distribuida entre los sectores administrativos que correspondan.*

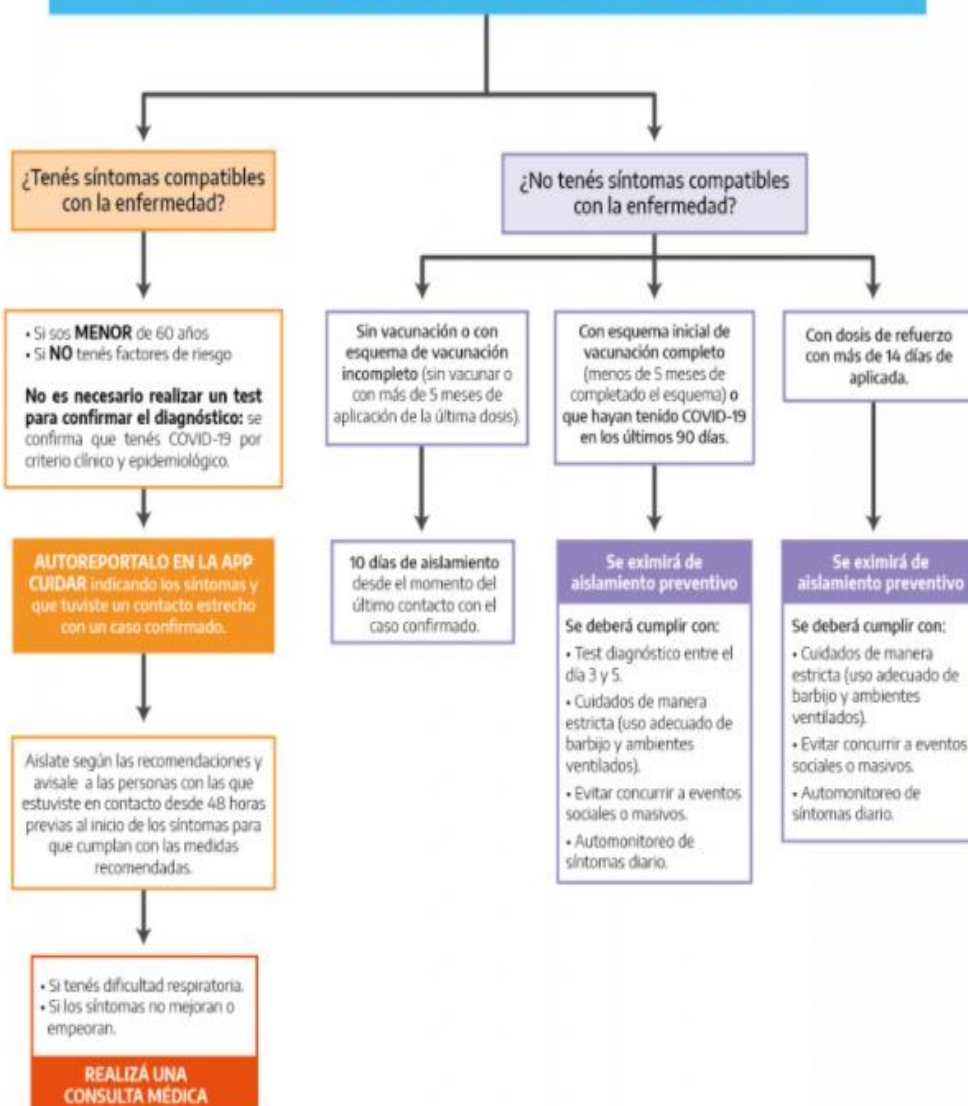
PRESTACIONES COVID 19



Las presentes son medidas transitorias relacionadas a la actual situación epidemiológica y serán revisadas y modificadas de acuerdo a su evolución. Cada jurisdicción adaptará las recomendaciones a su realidad local, según la situación epidemiológica, el avance de la campaña de vacunación y exposición al riesgo, definiendo las poblaciones priorizadas y las estrategias de testing en las mismas.



¿TUVISTE CONTACTO ESTRECHO CON UN CASO CONFIRMADO DE COVID-19?



TODAS LAS PRESTACIONES COVID 19 DEBERAN FACTURARSE ADJUNTANDO LA PLANILLA DEL MINISTERIO DE SALUD DE NACION LLAMADA FICHA EPIDEMIOLOGICA SEGÚN ACTUALIZACION 05-05-2020, De acuerdo a los criterios de consideracion de Caso confirmado como Covid 19.

Las internaciones deben adjuntar el Certificado SISA, el informe del Hisopado o reporte de anticuerpos, según sea pertinente.



NORMAS OPERATIVAS ADOS PARA FARMACIAS

- 1) *DATOS DEL AFILIADO: Nombre y Apellido, DNI o Nro. de afiliado. Firma, aclaración, DNI en el reverso, en caso de menores de edad deberá estar validada por padre madre o tutor.*
- 2) *En cada receta como máximo dos RP y dos envases por RP aclarando en este último con la leyenda “tratamiento prolongado”*
- 3) *Cada receta tendrá un máximo de 30 días para ser retirada de farmacia, vencido dicho plazo el afiliado deberá pedir una nueva receta- No se aceptarán salvedades en las recetas de distinta letra o tinte.*
- 4) *Se podrá usar recetario común o recetario de Ados en forma indistinta*
- 5) *Medicaciones para patologías crónicas con pedido de cobertura superior al 40% deberá ser autorizado por Medico Auditor en funciones al inicio de tratamiento.*
- 6) *Medicación de alto costo debe constar con autorización de Ados*
- 7) *Todas las recetas deberán contar con: Diagnostico, Mono droga, cantidad de envases y cantidad de comp/caps por envase.*
- 8) *Se podrán recepcionar recetas en forma digital siempre que la impresión sea clara y completa en todos los datos arriba descriptos*

9) *Las mismas deberán ser prescriptas por médicos prestadores de nuestra obra social.*

NORMAS DE FACTURACION

A fines de evitar débitos innecesarios, es indispensable que no falte en ninguna orden el nombre, apellido y la conformidad del afiliado, fecha, diagnóstico, firma y sello médico, además de la autorización e informe de las prácticas que lo requieran.

Recordamos que la presentación de la facturación debe realizarse como FECHA LÍMITE DE ENTREGA HASTA EL DÍA 10 DE CADA MES, y en el caso que dicha fecha sea día no laborable, se tomará como fecha límite el día hábil anterior.

OBS. 1: Toda prestación debe venir con los datos del afiliado claramente visibles. Caso contrario será motivo de devolución.

OBS. 2: Todo pedido medico en RP, debe facturarse con el mismo color de tinta y no debe faltar Nombre completo del afiliado y número, plan al que pertenece, descripción de la prestación (consulta médica o práctica), diagnóstico, fecha, firma y sello del médico y la conformidad del afiliado (Firma, aclaración y DNI).

OBS. 3: Más de dos consultas, dentro de los 30 días corridos, de un mismo afiliado, requiere Historia Clínica.

OBS.4: Tener en cuenta fecha de emisión y de cada bono el cual tiene una vigencia de 30 días para ser utilizado; y luego la prestación dispondrá de 60 días corridos para ser facturada; la prestación ya que si la orden se encuentra vencida es motivo de débito No Re facturable.

OBS. 5: Las prácticas que incluyan más de una sesión, deben traer firma, aclaración y DNI del afiliado por cada una de ellas, junto a la fecha de realización de las mismas. EN TODAS LAS ORDENES QUE SE PRESENTAN POR PEDIDO MEDICO (RP) NO DEBE FALTAR EL PLAN AL QUE PERTENECE EL AFILIADO Y LA CONDICIÓN DEL IVA DEL MISMO (en el caso que figure en la credencial).

TODA FECHA O DATO DE LA ORDEN QUE SE ENCUENTRE ENMENDADA, DEBE SER SALVADA CON FIRMA Y SELLO MEDICO.

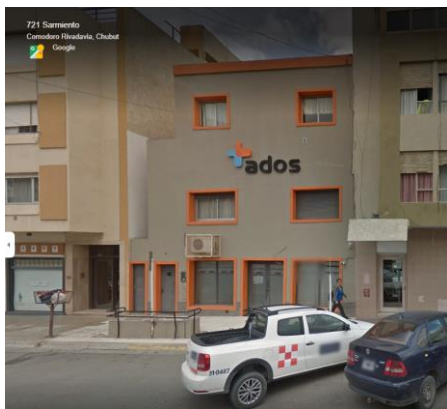
OBS. 6. Toda practica medica debe acompañarse del informe correspondiente, ya sea en forma digital o papel como lo prefiera el prestador.

Contactos:

- Coordinadora General de ADos: Lorena Brillo 297-4148307.
lbrillo@adoscomodoro.org.ar
- Auditoria Administrativa: Debora Rodriguez. 297-4936242.
debora.rodriguez0784@gmail.com
- Auditora Medica: Dra Ditarzo Maria Belen
- Prestaciones Médicas: Sandra Beloqui.
sbeloqui@adoscomodoro.org.ar
- Afiliaciones Cristian Peizzie. cpeizzie@adoscomodoro.org.ar
- Contaduria: Patricia Ancao: pancao@adoscomodoro.org.ar

- Consultorios externos

Sarmiento 722, Comodoro Rivadavia, Chubut +542974467288

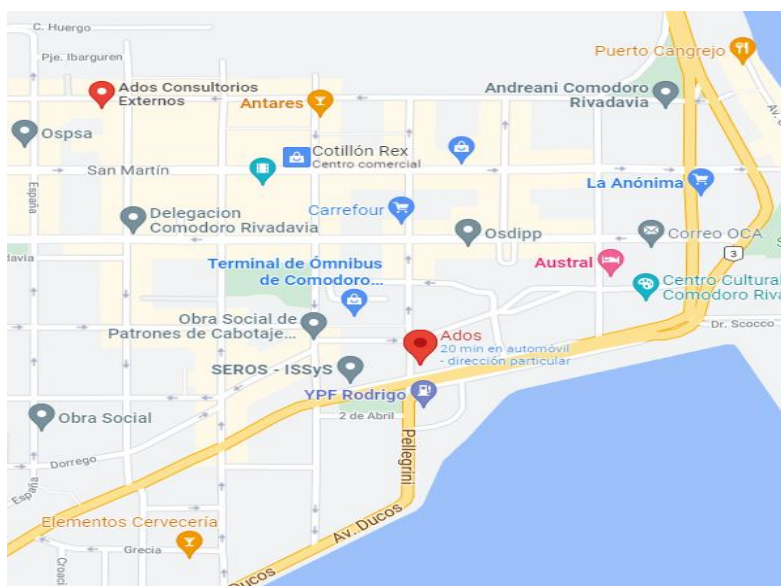


ADOS CEDE CENTRAL

Av. Hipólito Yrigoyen 387, Comodoro Rivadavia, Chubut +542974467288



- *Como llegar*



DATOS DEL PACIENTE

FECHA: / /

NOMBRE Y APELLIDO:

NUMERO DE BENEFICIARIO:

PRACTICA QUE SE SOLICITA:

CARACTER DEL PEDIDOURGENTE: PROGRAMADO PRIORITARIO **RESUMEN DE HISTORIA CLINICA:****ESTUDIOS REALIZADOS:****JUSTIFICAR PRACTICA A SOLICITAR:**.....
FIRMA MEDICO TRATANTE.....
FIRMA MEDICO AUDITOR

Medicamentos Destinados a Patologías Crónicas Prevalentes

AFILIADO

Apellido y nombres:

N° Afiliado:

Titular:

() Fliar. Directo () Fliar. a Cargo

Edad:

Sexo:

Estado Civil:

Domicilio:

Localidad:

CP:

Aclaración:

N° Afiliado:

DNI:

.....
Firma del Responsable

Recuerde Adjuntar Fotocopia de: Recibo de sueldo, Carnet del Afiliado, Certificado de Discapacidad, Estudios Previos.

Lugar.....Dia.....de.....de 20.....

MEDICO TRATANTE

TRATAMIENTO (consignar todos los datos)

| | Droga (Nombre Genérico) | Miligramos | Comprimidos x Día | Dictamen de Auditoría |
|----|-------------------------|------------|-------------------|-----------------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

| | |
|----------------------------|----------------------------------|
| Apellido y nombres: | Firma y Sello Profesional |
| Domicilio: | |
| Localidad: | |
| Telefono: | Horario Consulta: |

Adjuntar Formulario + copia de Receta especificando Droga (nombre Genérico), prescripta de puño y letra por el profesional tratante.

Ley 25.649-Medicamentos Genéricos. Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración.



DEFINICIÓN DE CASO

<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/Definicion-de-caso>

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador
Localidad Provincia Fecha de notificación / /
Datos del médico
Tel. celular Correo electrónico

IDENTIFICACIÓN DEL CASO / ID CASO / EVENTO EN EL SNVS

Apellido y Nombre Tipo/N° documento
Lugar de residencia: Provincia Departamento
Localidad Calle / Manzana
N°/Casa Piso Depto..... Cód. Postal Barrio/Villa/Asentamiento.....
Teléfono.....
Fecha de nacimiento / / Edad Sexo Persona privada de su libertad

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de Inicio de 1º síntomas (FIS): / / Semana epidemiológica de FIS
Fecha de 1ª consulta / / Ambulatorio Internado
Establecimiento de 1ª consulta

SIGNOS Y SÍNTOMAS

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|----------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Anosmia de reciente aparición | <input type="checkbox"/> | Diarrea | <input type="checkbox"/> | Evidencia clínica y radiológica de neumonía | <input type="checkbox"/> | Insuficiencia respiratoria | <input type="checkbox"/> | Neumonía grave (requiere internación) |
| <input type="checkbox"/> | Artralgia | <input type="checkbox"/> | Disgeusia de reciente aparición | <input type="checkbox"/> | Fiebre mayor a 38° | <input type="checkbox"/> | Inyección conjuntival | <input type="checkbox"/> | Odinofagia |
| <input type="checkbox"/> | Cefalea | <input type="checkbox"/> | Disnea/Taquipnea (FR > 25) | <input type="checkbox"/> | Fiebre menor o igual a 38° | <input type="checkbox"/> | Irritabilidad | <input type="checkbox"/> | Rechazo del alimento |
| <input type="checkbox"/> | Coma | <input type="checkbox"/> | Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> | Sin Fiebre | <input type="checkbox"/> | Malestar general | <input type="checkbox"/> | Tiraje |
| <input type="checkbox"/> | Confusión mental | <input type="checkbox"/> | Dolor torácico | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Mialgias | <input type="checkbox"/> | Tos |
| <input type="checkbox"/> | Convulsiones | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Vómitos |

Observaciones:.....

ENFERMEDADES PREVIAS /COMORBILIDADES

Presenta No Presenta

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Asma | <input type="checkbox"/> | Embarazo | <input type="checkbox"/> | Enfermedad renal crónica | <input type="checkbox"/> | Inmunosupresión congénita o adquirida | <input type="checkbox"/> | Ninguna de las anteriores |
| <input type="checkbox"/> | Bajo Peso al nacer | <input type="checkbox"/> | Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> | EPOC | <input type="checkbox"/> | Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> | Obesidad |
| <input type="checkbox"/> | Bronquiolitis previa | <input type="checkbox"/> | Enfermedad neurológica | <input type="checkbox"/> | Ex fumador | <input type="checkbox"/> | N.A.C. previa | <input type="checkbox"/> | Otros |
| <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | Enfermedad oncológica | <input type="checkbox"/> | Fumador | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Prematuridad |
| <input type="checkbox"/> | Diálisis aguda | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Puerperio |
| <input type="checkbox"/> | Diálisis crónica | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis |

Observaciones:.....

Diagnóstico:

Sme gripal Bronquitis Neumonía

Otros:
.....

Tratamientos:

| | Fecha inicio | Fecha finalización |
|----------------------------------|--------------|--------------------|
| Lopinavir / Ritonavir jarabe | | |
| Hidroxicloroquina 200mg | | |
| Lopinavir/Ritonavir 200 mg/50 mg | | |
| Otros | | |



EVOLUCIÓN

Establecimiento de internación:

Internado por criterio clínico: SI NO Fecha: / /

Ingresado a sala de SI NO Fecha: / /

cuidados intensivos: Alta Fallecido Fecha: / /

Requerimiento de ARM: SI NO Fecha: / /

Buena evolución:

En aislamiento en centros no hospitalarios

En aislamiento hospitalario

En aislamiento domiciliario

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Ocupaciones:

Trabajador de la salud -
Profesional con función asistencial

Trabajador de la salud -
Técnico / auxiliar con función asistencial

Trabajador de la salud -
con función administrativa

Antecedentes de vacunación Antigripal: SI NO Fecha: / /

Viajes y otras exposiciones riesgo:

1. ¿VIAJÓ a alguna zona de riesgo para COVID-19 FUERA DEL PAIS en los últimos 14 días? SI NO

2. ¿VIAJÓ a alguna zona de riesgo para COVID-19 DENTRO DEL PAIS en los últimos 14 días? SI NO

3. ¿Mantuvo CONTACTO ESTRECHO con casos confirmados de COVID-19 en los últimos 14 días? SI NO

Apellido y nombre del caso: DNI o ID SNVS:

4. ¿Recibió atención en algún centro de salud que atiende casos de COVID-19 en los últimos 14 días? SI NO

5. ¿Es trabajador de salud y pudo haberse contagiado de otro trabajador de salud infectado? SI NO

6. ¿Es trabajador de salud y desconoce el nexo epidemiológico? SI NO

7. ¿Asistió como personal de salud a casos confirmados de COVID-19 en los últimos 14 días? SI NO

8. ¿Posible transmisión comunitaria? SI NO

9. ¿Pertenece a un conglomerado institucional de casos? SI NO

Hospital/Clinica asistencial

Institución penitenciaria

Residencia para personas mayores

Intitución de Salud Mental

Otros

Nombre y dirección de la institución:

LABORATORIO

Tipo de muestra tomada: Aspirado Hisopado Esputo Lavado broncoalveolar Otra:

Establecimiento de toma de muestra: Fecha de toma de muestra: / /

Establecimiento al que se deriva la muestra: Fecha de derivación / /

PERSONAS CON LA QUE ESTUVO EN CONTACTO DURANTE LA ENFERMEDAD

| Apellido y Nombre | DNI | Teléfono | Domicilio | Fecha último contacto | Tipo de contacto |
|-------------------|-----|----------|-----------|-----------------------|------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Observaciones:

Datos del personal que notifica: Nombre y Apellido:

Firma y sello: