

RESOLUCION N° 298 /SPS.-  
EXPEDIENTE N° 9720/410-TM-17 y ag.-

ANEXO

**PROTOCOLO y GUIA DE PROCEDIMIENTOS  
PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY N° 27351  
“Electrodependientes. Beneficios. Registro”**

**INTRODUCCION**

**MARCO NORMATIVO**

El Poder Legislativo de la Provincia de Tucumán a través de la Ley Provincial N° 9023 se adhiere a la Ley Nacional N° 27.351 en todo lo que no se oponga a la presente Ley.

Expresando en sus:

**Artículo II**, la creación de un “**Registro Provincial de Electrodependientes**” por cuestiones de salud en el ámbito del SIPROSA (Sistema Provincial de Salud), el que será remitido al ERSEPT (Ente Único de Control y Regulación de los Servicios Públicos Provinciales de Tucumán) y a la Empresa Distribuidora y será actualizado semestralmente.

**Artículo III**, La calidad de pacientes Electrodependientes, solo podrá ser acreditada por el SIPROSA.

**En Artículos sucesivos** la ley deja expresado a los organismos intervinientes de control y seguimiento de las prestaciones a cumplimentar según la presente Ley....

**OBJETIVOS**

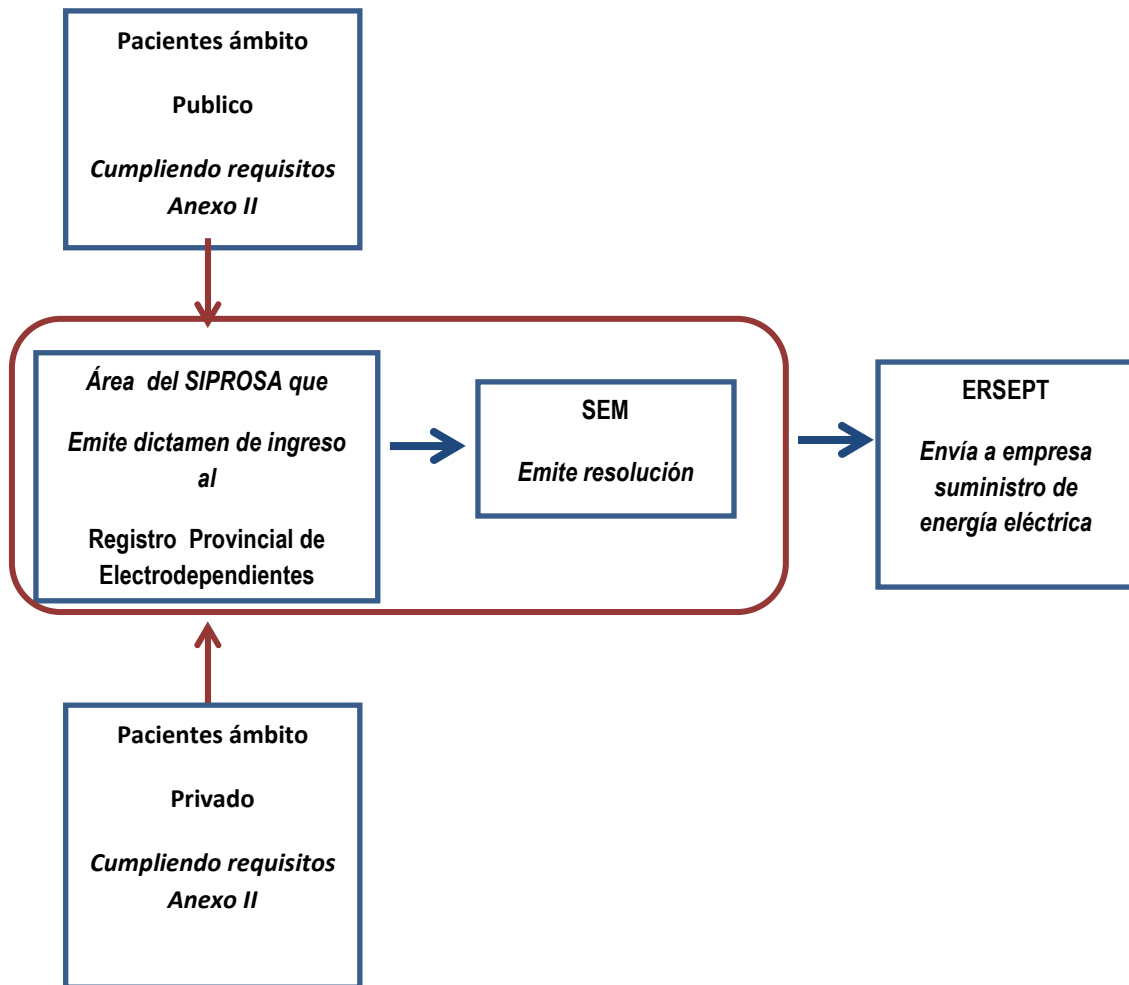
1. La Dirección General de Tecnología Medica será el área encargada, dentro del SI.PRO.SA., para la generación del **Registro Provincial de Electrodependientes**.
2. Determinar la guía de procesos a seguir, con los requisitos a cumplimentar por los pacientes electrodependientes, públicos y/o privados, para el dar el “**alta**” de ingreso al Registro Provincial de Electrodependientes, como así también su “**baja**”

## PROCESOS

- Los pacientes con asistencia de salud pública y/o privada deberán elevar una nota en carácter de Declaración Jurada (personalizada la firma) dirigida a la Dirección General de Tecnología Médica, solicitando ser ingresado al Registro Provincial de Electrodependientes.
- La nota elevada deberá ir acompañada con la documentación detallada en el **ANEXO II**
- Cumplido este trámite, la Dirección General de Tecnología Médica emitirá DICTAMEN con los datos del diagnóstico del paciente, tiempo o duración del tratamiento.
- Con el Dictamen se procederá a ingresar “alta o baja” en el Registro Provincial de Electrodependientes a los pacientes dependientes, la que deberá ser actualizada progresivamente
- Una vez conformada la base de datos por la Dirección General de Tecnología Médica, la misma elevará la actualización del Registro Provincial de Electrodependientes a la Secretaria Ejecutiva Médica (SEM) cada seis meses.
- El SEM evaluará y aprobará el mismo emitiendo un instrumento legal (Resolución) la que será enviada al **Ente Único de Control y Regulación de los Servicios Públicos Provinciales de Tucumán (ERSEPT)**.
- El ERSEPT recepcionará las Resoluciones enviadas por la Secretaria Ejecutiva Médica del SIPROSA, y garantizará, la entrega en comodato y por el tiempo que sea requerido en el Dictamen al titular del servicio que se encuentre registrado como electrodependientes de un sistema de alimentación ininterrumpida (SAI-UPS), debidamente homologado por normas IRAM.

## ANEXO I

### Guía de Procedimientos (grafico)



## ANEXO II

### Requisitos a presentar:

- **Formulario de Adhesión (RECS)** al beneficio otorgado por la Ley 27.351
- **Pacientes del ámbito público:** Original y copia de Historia Clínica expedido por un médico especialista perteneciente a Hospitales de Referencia provincial.
- **Pacientes del ámbito privado:** Los pacientes afiliados a Obras Social deberán presentar su Historia Clínica y constancia actualizada por la Obra Social que acredite su condición de oxigenoterapia dependiente.
- Certificado de Residencia actualizada.

### Información Complementaria

3. La Dirección General de Tecnología Médica evaluará el pedido de actualización de la Historia Clínica del paciente Electrodependiente, con el fin de llevar el control estadístico de altas y bajas en la base de datos de **Registro Provincial de Electrodependientes**.
  - Entiéndase como electrodependientes a pacientes que requieren para su supervivencia o calidad de vida, el suministro ininterrumpido de energía la cual debe ser provista y asegurada por el ente de control que corresponda, ejemplos: UPS, Grupos electrógenos, u otros

### ANEXO III

## Formulario de Pedido Adhesión al RECS (emitida por La Dirección General de Tecnología Medica)

### Solicitud de Inscripción en el Registro de Electrodependientes por Cuestiones de Salud (RECS)

El presente documento reviste carácter de DECLARACIÓN JURADA.  
La Autoridad de Aplicación se reserva el derecho de verificar los datos declarados.

Form RECS 01 Versión 1.0

A completar por el interesado

#### Datos de la persona electrodependiente

Apellido y nombre \_\_\_\_\_  
Tipo y n° doc. \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_  
Domicilio constituido \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Teléfono particular (opcional) \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_

#### Datos del titular de la cuenta de suministro eléctrico

Apellido y nombre \_\_\_\_\_ Tipo y n° doc. \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Vínculo con la persona que requiere la inscripción \_\_\_\_\_  
Teléfono particular (opcional) \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Compañía proveedora del suministro \_\_\_\_\_  
Número de cliente \_\_\_\_\_

A completar por el médico

#### Datos del médico

Apellido y nombre \_\_\_\_\_  
Tipo y n° doc. \_\_\_\_\_ Matrícula profesional \_\_\_\_\_  
Teléfono particular (obligatorio) \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
Correo electrónico (obligatorio) \_\_\_\_\_

Resumen detallado de Historia Clínica (letra clara y legible) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnóstico CIE10 \_\_\_\_\_  
Equipamiento médico prescripto  Diálisis peritoneal automatizada (DPA) domiciliaria  
 Bomba de infusión continua, bomba de alimentación enteral o parenteral  
 Equipos relacionados al soporte de la ventilación invasiva y los de ventilación no invasiva (VNI)  
 Otros \_\_\_\_\_

Tiempo estimado de requerimiento: Hasta 6 meses  Hasta 1 año  Hasta 2 años

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración

\_\_\_\_\_  
Sello

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del titular  
del servicio

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración de quien requiere la  
inscripción, padre, tutor o encargado