

Requisitos para HABILITAR

1. Nota de Presentación

Dirigida a la Jefa del DFSS solicitando Habilitación/Rehabilitación del servicio especificando:

- Domicilio de la base
- Teléfono
- Email (para notificaciones)
- Tipos de pacientes a tratar

(Esta nota tiene características de Declaración Jurada)

2. Formulario RG 41 DFSS

Descargar: <https://msptucuman.gov.ar/formulario-rg-41-dfss/>

(Por duplicado)

3. Arancel

- Comprobante de Depósito Banco Macro/Transferencia (IMPRESO) en cuenta:

- CBU2850607030000007620565 o
- Cuenta N° 3-6070000076205/6
- Alias: SERV.SALUD

Según tipo y Nivel del Establecimiento.

- Ver Aranceles: <https://msptucuman.gov.ar/wordpress/wp-content/uploads/2026/01/Anexo-I-Aranceles-Serv-Salud-2026.pdf>

4. Certificado de Cumplimiento Fiscal

A nombre del propietario o Titular

5. Derecho a Uso

Presentar original y copia de: Escritura, Contrato de Locación sellado por DGR, Comodato sellado por DGR o Cesión Legal con firma autenticada y escritura del cedente, según corresponda a cada caso referido al Local donde funciona el Servicio.

6. Lista de profesionales

Plantel Mínimo de Profesionales:

1. Médico
2. Enfermería

RRHH según tipo de prestación brindada (Ver Apartado 8)

4. Kinesiología
5. Fonoaudiología
6. Terapia Ocupacional
7. Trabajador Social
8. Cuidador Domiciliario

Los profesionales deben guardar relación con el módulo que declare cubrir y el número de los mismos, debe ser acorde al volumen de pacientes admitidos por el Centro.

Aclaración:

- En el caso de profesionales matriculados por esta Dirección adjuntar:

Constancia original de Matriculación de cada profesional emitida por División Registros y Matriculas y/u On line (vigencia 90 días)

Constancia On line: <https://msptucuman.gov.ar/constancias-online/>

- Profesionales NO matriculados por esta Dirección:
Psicólogos / Odontólogos / Bioquímicos/ Farmacéutico: constancia de Matrícula y de Ética original y actualizada emitida por el Colegio Respectivo (se respetará la vigencia de la documentación otorgada por cada Institución). En caso de no describir de manera expresa el vencimiento se considerará 90 (noventa) días de vigencia.

7. **Plano de la Base**

Elaborado según las reglas del dibujo Técnico, con cotas de medidas, espesor de muros, indicando accesos y locales (Sala de espera, consultorios, sanitarios, etc.) Los planos deberán estar actualizados al momento de la Inspección.
(Preferentemente traer en PDF el plano)

La base DEBE contar con depósito de Residuos Patológicos (s/normas) y con un procedimiento escrito del manejo de los residuos patológicos que se generen (NO son del paciente)

8. **Prestaciones que se realizarán** (Carta de Servicios)

El establecimiento debe declarar el/los módulos que solicita habilitar.

El establecimiento DEBE asegurarse que el domicilio del paciente reúne las condiciones necesarias para las prestaciones que requiere el paciente (para ello se basará en el informe del Trabajador Social)

Se categorizarán en 3 tipos de módulos:

A	1: Consulta médica + Enfermería
	2: Consulta médica + Enfermería+ Kinesiología
	3: Consulta médica + Enfermería + Kinesiología + Otros
B	Paciente Crónico Consulta médica + Enfermería + Kinesiología + Otros Medicación parenteral + Oxigenoterapia
C	Paciente Crónico Complejo Consulta médica + Enfermería + Kinesiología + Otros Medicación parenteral + Oxigenoterapia + Otros

Cada módulo se organiza en función de la complejidad clínica del paciente
Incluya todas las prestaciones que se brindarán.

Adjuntar:

Listado de Equipamiento / Instrumental por módulo y acorde al volumen de pacientes admitidos por el Centro

Firmada y sellada por el Profesional Responsable de la Institución.

9. **Consentimiento Informado** (Acuerdo Médico- Paciente/Familiar/Responsable)

La organización deberá adjuntarlo a la Historia Clínica de cada paciente bajo sus cuidados.

10. **Razón Social del Establecimiento**: Original y copia de contrato de S.R.L./S.A./ Otros, inscrita en el Registro Público de Comercio

11. **Contratos de Tercerización de Servicios** (se solicitarán los diferentes tipos de contratos, según la categoría de pacientes asistidos)

- **Constancia de Inscripción en el Registro Único de Generadores de Residuos Patogénicos de la Provincia** (emitida por División Registros y Matrículas de la DGFS)
- **Central de Esterilización habilitada o Contrato de provisión con Centro de Esterilización habilitado** (presentar último recibo de pago)
- **Contrato con Clínica/Sanatorio** con reserva de Cama en UTI y disponibilidad de urgencia de Quirófano.
- **Contrato con Banco de Sangre habilitado**
- **Provisión de Oxígeno** (presentar último recibo de pago)
- **Contrato con servicio de Emergencia Médicas** (presentar último recibo de pago)

12. **Razón Social** (Si la tuviera)

Original y copia de contrato de S.R.L./S.A. etc. inscrita en el Registro público de comercio.

Todo establecimiento DEBE tener ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS además DEBE archivar los Consentimientos Informados vigente de cada paciente

(Puede ser digital con medidas de seguridad y garantía de inmodificabilidad)

Anexo 1: Marco Normativo



- Ley 26.529/ Ley 26.742 (Derechos del paciente)
- Resolución 146/SPS
- Resolución 704/2000 MSN
- Resolución 2547/2021 MSN
- Normativa vigente de la Dirección General de Fiscalización Sanitaria (DGFS – SIPROSA).

Anexo2: EQUISITOS TÉCNICOS

Cuidado o Internación Domiciliaria: cuando el paciente necesita controles periódicos de enfermería o de asistencia médica.

Definición de Centro: (Resolución 585/SPS 2010) es un establecimiento de salud sin internación cuyas características son:

- Actividad en equipo o conjunta de varios profesionales
- Puede ser de una especialidad o múltiples especialidades
- Dirección profesional responsable a favor de médico en caso de integrar el plantel, si no hay médicos en el plantel cualquier profesional puede serlo

	Requisitos para Habilitación Rehabilitación Centros de Atención Domiciliaria			 Dirección General de Fiscalización Sanitaria
	<i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria SIPROSA</i>			
	Registro	RG 37 DFSS	Rev. 01	

- Sin internación
- Cuenta con Muebles, equipos e instrumental **acorde a las especialidades con las que cuente.**

Especificaciones técnicas:

- Local
- Sala de reuniones
- Consultorio
- Oficina administrativa
- Deposito
- Instalaciones eléctricas seguras.
- Baños en condiciones.
- Condiciones higiénicas óptimas.
- Ventilación natural o artificial adecuada.
- Matafuegos, (en cantidad y características determinados por defensa civil y bomberos).
- Luces de emergencia.
- Depósito de residuos patogénicos. Porta residuos con bolsa roja (para lo patogénico) y negro (no patogénico). Bacha para el lavado del material
- Esterilización: Central habilitada por esta DGFS o contrato de tercerización de provisión de material estéril
- Cada especialidad deberá contar con equipamiento e instrumental adecuado para la práctica de la misma.
- Todo el equipamiento deberá estar en correctas condiciones y presentarse listado de los mismos.
- Depósito de material hidrófilo, descartables y otros.

Anexo 3: FUNCIONES MÍNIMAS OBLIGATORIAS DEL EQUIPO

1. Director Médico

- Responsable legal ante DGFS.
- Garantizar habilitación y cumplimiento normativo.
- Supervisar contratos institucionales.
- Implementar Programa de Seguridad del Paciente.
- Custodiar historias clínicas.
- Establecer protocolo de traslado.
- Supervisar auditorías internas.

2. Médico Tratante / Coordinador de Caso

- Evaluar criterio de inclusión.
- Indicar módulo correspondiente.
- Elaborar plan terapéutico.
- Realizar conciliación de medicación.

- Confeccionar consentimiento informado.
- Coordinar equipo interdisciplinario.
- Indicar traslado ante descompensación.
- Registrar evolución clínica.

3. Enfermería

- Identificación inequívoca del paciente.
- Administración segura de medicación.
- Control de signos vitales.
- Manejo de dispositivos.
- Prevención de úlceras por presión.
- Registro diario obligatorio.
- Educación al cuidador.
- Manejo de residuos patogénicos.

RRHH según tipo de prestación

4. Kinesiología

- Evaluación funcional.
- Plan de rehabilitación.
- Prevención de complicaciones respiratorias.
- Registro evolutivo.

5. Fonoaudiología

- Evaluación de deglución.
- Prevención de broncoaspiración.
- Rehabilitación comunicacional.
- Registro de sesiones.

6. Terapia Ocupacional



- Evaluación del entorno.
- Adaptación domiciliaria.
- Plan de autonomía progresiva.

7. Trabajador Social

- Evaluación, Diagnóstico de situación
- Informe de aptitud del domicilio
- Registro en la Historia Clínica
- Información y contención del paciente y su familia
- Intercomunicación con el equipo de salud

8. Cuidador Domiciliario

- Higiene y confort.
- Movilización supervisada.
- Observación clínica básica.

	Requisitos para Habilitación Rehabilitación Centros de Atención Domiciliaria			 Dirección General de Fiscalización Sanitaria
	<i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria SIPROSA</i>			
	Registro	RG 37 DFSS	Rev. 01	

- Comunicación de cambios.
- No puede administrar medicación sin indicación profesional.

Anexo 4: Consentimiento informado

Debe incluir:

- Identificación completa.
- Resumen clínico.
- Objetivos terapéuticos.
- Plazo de prestación (3 meses).
- Cláusula de traslado a II Nivel.
- Aceptación de riesgos.

Anexo 5: Historia Clínica

Obligatoria, física o digital con garantía de inmodificabilidad.

Debe contener:

- Evaluación inicial.
- Indicación de módulo.
- Consentimiento informado.
- Plan terapéutico.
- Registro de intervenciones.
- Eventos adversos.
- Evaluaciones periódicas.

La ausencia de registro constituye falta grave.

Rehabilitación cuando NO HAY CAMBIOS en el establecimiento:



Los mismos requisitos que para habilitar, excepto el Plano (NO es necesario) y adjuntar Copia de última Resolución

Rehabilitación Cuando HAY CAMBIOS:

Los mismos requisitos que para habilitar y adjuntar lo siguiente, si hubo:

a. **Modificaciones edilicias**

1 Plano. Elaborado según las reglas del dibujo Técnico, con cotas de medidas, espesor de muros, indicando accesos y locales (Sala de espera, consultorios, sanitarios, etc.) Los planos deberán estar actualizados al momento de la Inspección.

	Requisitos para Habilitación Rehabilitación Centros de Atención Domiciliaria			
	<i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria SIPROSA</i>			
	Registro	RG 37 DFSS	Rev. 01	

(Preferentemente traer en PDF el plano)

b. Incorporación

Listado de Profesionales:

Datos personales:

- Apellido y Nombre
- DNI

Datos profesionales:

- Especialidad

Días y horarios de atención

Aclaración:

En el caso de profesionales matriculados por esta Dirección adjuntar:

Constancia original de Matriculación de cada profesional emitida por División Registros y Matriculas y/u on line (vigencia 90 días)

Constancia On line: <https://msptucuman.gov.ar/constancias-online/>

Profesionales NO matriculados por esta Dirección:

Psicólogos / Odontólogos / Bioquímicos/ Trabajadores Sociales: constancia de Matrícula y de Ética original y actualizada emitida por el Colegio Respectivo (se respetará la vigencia de la documentación otorgada por cada Institución)

c. Desvinculación:

Lista de Profesionales

d. Copia de última Resolución

El interesado debe informar todo tipo de cambios (Infraestructura/ Equipamiento/ RRHH/ Prestaciones/ Societario/Dirección Médica/ etc.)