



NACIONAL



RESOLUCION 96/2012
SECRETARIA DE PROMOCION Y PROGRAMAS SANITARIOS

Programa Federal de Salud Incluir Salud. Apruébase el Reglamento Operativo.
Del: 28/03/2012; Boletín Oficial 07/04/2012

VISTO el expediente N° 12002-0838259832-11-5 del registro del MINISTERIO DE SALUD y,

CONSIDERANDO:

Que por Resolución del MINISTERIO DE SALUD [N° 1862](#) de fecha 8 de noviembre de 2011, se aprobaron los lineamientos y normativa que regulan el funcionamiento del PROGRAMA FEDERAL DE SALUD INCLUIR SALUD.

Que por el artículo 4° de la citada Resolución se aprobó el modelo de convenio a suscribirse entre este Ministerio y las distintas jurisdicciones del país, acordándose en el artículo 2° de dicho convenio, que la contraparte de este Ministerio (ello es, la jurisdicción que corresponda como contraparte), acepta integralmente los términos del Reglamento Operativo que reglamenta la ejecución del Programa.

Que, resulta necesario determinar las formas operativas del citado Programa y las estructuras y funciones de las unidades de gestión provincial, así como el nivel de responsabilidades y funciones de sus integrantes.

Que es preciso estipular los requisitos en cuanto a presentación de facturación y documentación requerida.

Que, es necesario establecer el proceso de confección y administración del padrón de beneficiarios, registro único de todas aquellas personas que pueden acceder a las prestaciones del Programa.

Que, a efectos de monitorear el Programa debe establecerse el mecanismo para la elaboración de un informe prestacional y epidemiológico a ser remitido en forma trimestral por las distintas UNIDADES DE GESTION PROVINCIAL ante la DIRECCION NACIONAL DE PRESTACIONES MEDICAS.

Que, corresponde crear una normativa para el tratamiento dialítico crónico utilizando el sistema SINTRA del INSTITUTO NACIONAL CENTRAL UNICO COORDINADOR DE ABLACION E IMPLANTE (INCUCAI).

Que es preciso determinar el modo de tramitación de reintegro de gastos por prestaciones y provisiones reconocidas en patologías de alto costo y baja incidencia, así como también, sus alcances y las formas de tramitación de reintegros de gastos por prestaciones y provisiones reconocidas fuera de cápita.

Que a los efectos precedentemente indicados, corresponde la elaboración del pertinente Reglamento Operativo para el PROGRAMA FEDERAL DE SALUD INCLUIR SALUD.

Que, la DIRECCION NACIONAL DE PRESTACIONES MEDICAS y la SUBSECRETARIA DE SALUD COMUNITARIA han tomado la intervención de su competencia.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención que le compete.

Que la presente medida se dicta en ejercicio de las facultades conferidas por el Artículo 7 de la Resolución Ministerial N° 1862 de fecha 8 de noviembre de 2011.

Por ello,

EL SECRETARIO DE PROMOCION Y PROGRAMAS SANITARIOS
RESUELVE:

Artículo 1° - Apruébase el Reglamento Operativo del PROGRAMA FEDERAL DE SALUD INCLUIR SALUD que como ANEXO I forma parte integrante de la presente Resolución.

Art. 2° - Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

Máximo Diosque

ANEXOS

ANEXO I

REGLAMENTO OPERATIVO

PROGRAMA FEDERAL DE SALUD INCLUIR SALUD

INDICE

CAPITULO 1: PRESENTACION DE FACTURACION

REQUISITOS FORMALES

FACTURACION DE PRESTACIONES CAPITADAS

FACTURACION DE PRESTACIONES NO CAPITADAS

DOCUMENTACION ADJUNTA

CAPITULO 2: PADRONES Y AFILIACIONES

CAPITULO 3: ESTRUCTURA Y FUNCIONES DE LA U.G.P.

CAPITULO 4: RENDICION DE CUENTAS

CAPITULO 5: INFORME PRESTACIONAL Y EPIDEMIOLOGICA

DISCAPACIDAD

GESTION OPERATIVA

SALUD MENTAL Y ADULTOS MAYORES

DIALISIS

ODONTOLOGIA

CAPITULO 6: NORMATIVA PARA TRATAMIENTO DIALITICO

CAPITULO 7: TRAMITACION DE REINTEGROS PACBI

ENFERMEDAD FIBROQUISTICA DEL PANCREAS

ESCLEROSIS MULTIPLE (EM)

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA (ELA)

DEFICIT DE HORMONA DE CRECIMIENTO (STH)

TRASPLANTE DE ORGANOS

CIRUGIAS C. V. Y NEUROCIRUGIAS

NEUROCIRUGIA ESTEREOTAXICA

RADIONEUROCIRUGIA

EMBOLIZACION SELECTIVA DE VASOS INTRACRANEANOS

INSTRUMENTACION DE COLUMNA

TRATAMIENTO DEL GRAN QUEMADO

CARDIODESFIBRILADOR IMPLANTABLE

IMPLANTE COCLEAR

HEPATITIS

ENFERMEDADES DE DEPOSITO

INMUNOGLOBULINA ANTI TIMOCÍTICA (Timoglobulina)

TROMBOASTENIA DE GLANZMANN

MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS Y ANT. MONOCLONALES

BOMBA DE BACLOFENO

SILLAS DE RUEDAS ESPECIALES

NEUROESTIMULADOR VAGAL IMPLANTABLE

ENDOPROTESIS AORTICA IMPLANTABLE

DROGAS ANTI HIV NO CUBIERTAS POR EL PROGRAMA NACIONAL

DROGAS ONCOLOGICAS - REUMATOLOGICAS
MODULO PARA ATENCION ODONTOLOGICA PACIENTES DISCAPACIDAD
PROC. NEUROQ. TRAT. DOLOR CRONICO REFRACTARIO
PROC. NEUROQ. TRAT. MOV. ANORM. Y ESPAST. RESISTENTES
MODULO PARATIROIDECTOMIA
MODULO PRETRASPLANTE RENAL (SITUACIONES PARTICULARES)
TERAPIA RADIANTE
CAPITULO 8: TRAMITACION DE REINTEGROS FUERA DE CAPITAL
HEMOFILIA
ENFERMEDAD DE GAUCHER
LISTADO DE PLANILLAS
PLANILLA DE SOLICITUD DE REINTEGRO
INFORME CONSOLIDADO MENSUAL PROV. INMUNOSUPRES.
CAPITULO 1 - PRESENTACION DE FACTURACION

1. Requisitos formales

1. La confección de la factura deberá atenerse a lo establecido en la Resolución 3419 y sus modificaciones de la Dirección General Impositiva.

2. En estas normas se identifica genéricamente a la Provincia, no obstante que el titular de la factura, a los efectos de aquella Resolución, será la unidad ejecutora, consorcio prestacional u organismo público designado por la Provincia para la cumplimentación del convenio.

3. A los efectos de la identificación requerida por el Art. 8º de la citada Resolución, se informa que el Ministerio de Salud reviste el carácter de exento respecto al Impuesto al Valor Agregado y que su Nº de CUIT es el que sigue: 30-54666342-2

4. Además de los requisitos formales establecidos por dicha Resolución, la factura deberá consignar en todos los casos:

4.1 código de prestador

4.2 período al que corresponden las prestaciones facturadas

4.3 referencia a la relación contractual vigente. Se indicará la fecha de inicio y vencimiento del convenio.

4.4 Firma y sello/ aclaración del responsable de la unidad ejecutora u organismo. Esta firma implicará que se convalida la documentación adjunta a la factura.

Deberá aclarar firma y sello

5. Los pedidos de reconsideración por los débitos serán individuales, es decir uno por cada débito generado por el Área Médica. Cumplimentarán los siguientes requisitos:

5.1.1. podrán presentarse hasta sesenta (60) días después de la recepción de la nota de débito respectiva.

5.1.2. contendrán la debida fundamentación del pedido de reconsideración.

5.1.3. cada pedido se formalizará en una nueva factura.

5.1.4. La factura correspondiente a un pedido de reconsideración debe atenerse a los mismos requisitos establecidos precedentemente, debiendo consignar además indefectiblemente: el Nº de la nota de débito que originó la factura.

2. Presentación

2.1. Documentación Completa

- La documentación completa relativa a la facturación podrá ser presentada a partir del primer día hábil siguiente al del período mensual que se factura, para:

- Las prestaciones capitadas

- Las prestaciones no capitadas con cierre parcial al último día hábil.

El ingreso de la documentación debe efectuarse por la Mesa de Entradas, sita en Rivadavia 875 - Planta Baja, de la Capital Federal, en el horario de 9 a 15 horas.

- Toda presentación que no cumpla en tiempo (mínimo) y forma con los requisitos establecidos por esta norma no será ingresada a los efectos del punto siguiente.

- Las facturas se presentarán en original y duplicado. Al momento de la recepción, se sellarán claramente ambos documentos con la fecha de entrada y la identificación del receptor. El plazo de vencimiento previsto en el convenio para el pago se contará a partir de

la fecha que figure en aquéllos.

2.2. Documentación incompleta

En caso de que la documentación esté incompleta, la Administración del Programa retendrá la misma, comunicará la situación a la Provincia y transcurridos 10 días, sin haber sido completada la documentación se procederá al rechazo o débito.

3. Facturación de prestaciones capitadas

El cálculo correspondiente al importe total tendrá como base el último padrón entregado a la Provincia y el valor cápita neto vigente a la fecha de emisión de la factura para el período en cuestión.

4. Facturación de prestaciones no capitadas

4.1. Los servicios asistenciales brindados bajo la modalidad acto médico o prestación serán facturados el primer día hábil del mes siguiente al de su efectiva realización.

4.2. Se considera conveniente incluir en una sola factura por período, las prácticas fuera de cápita realizadas durante el mismo. En la factura deberán discriminarse los siguientes datos:

Tipo de práctica

Número de beneficiario

Apellido y nombre del beneficiario

Importe de la prestación

4.3. A los efectos de implementar la metodología para un correcto registro del Fondo que cubre prestaciones de Baja Frecuencia y Alto Costo, la UGP deberá facturar en forma separada dichas prestaciones cuyas autorizaciones suscriba la leyenda IMPUTAR AL FONDO P/PRESTACIONES DE BAJA FRECUENCIA Y ALTO COSTO.

4.4. A los efectos de solicitar reintegro por fuera de cápita de transporte para instituciones públicas o sin convenio se deberá presentar la siguiente documentación: - Factura de la UGP en la que debe constar nombre del afiliado, período cubierto, autorización del área de discapacidad - copia de factura del prestador -copia de recibo de pago al prestador o certificación contable de la UGP, previamente y por única vez a los efectos de ser ingresado en el sistema auditor, se deberá remitir al área de discapacidad informe conteniendo Número Beneficiario, Nombre Beneficiario, Provincia, copia de certificado de discapacidad, diagnóstico, cantidad de kilómetros autorizados (no superior a 40 diarios), copia de Google Maps con los kilómetros a recorrer, fecha inicio de la prestación (no superior al mes en curso), Monto total autorizado por la provincia (cantidad de kilómetros por valor fijado por resolución ministerial). Copia de esta información junto con conforme de los afiliados por las prestaciones autorizadas de acuerdo a criterios de la UGP deberán ser puestas a disposición de las auditorías de la DNPM que lo requiera.

5. Documentación adjunta

Cuando mediante el convenio o estas normas se establezca el tipo y cantidad de documentación que debe acompañar a la factura, aquella debe referenciar en todos los casos el número de factura a la que corresponde.

Si se ha convenido la entrega de un soporte magnético de información, el mismo formará parte de la documentación obligatoria que debe acompañar a la factura.

5.3. En los casos que así corresponda; cuando existan fotocopias de documentación respaldatoria como facturas de terceros, partes quirúrgicos, garantías, etc. Estas fotocopias deberán estar certificadas por responsable de la UGP con sello de es copia fiel del original y su firma.

5.4. Cerezyme: En referencia a los medicamentos para enfermedad de Gaucher la documentación respaldatoria requerida es la siguiente:

Conformidad del afiliado de haber recibido el tratamiento, con las fechas en que fue realizado, en original con firma, aclaración y N° de documento.

Conformidad del responsable de la UGP que certifique la recepción y la entrega del medicamento con el nombre comercial y el detalle de unidades y frascos, además de la autorización de la prestación.

El producto imiglucerasa será comercializado localmente, y el circuito administrativo que se deberá cumplir para las entregas es:

- Notificación trimestral al proveedor que incluya beneficiarios, la provincia de origen, la

cantidad de viales requeridos, de acuerdo a la autorización de la DNPM, surgidas de la documentación respaldatoria.

- El proveedor realizará las entregas. Las facturas deberán ser conformadas por el Coordinador / contador o auditor médico de la UGP, junto con el conforme del afiliado y los troqueles. Deberán presentarse en las oficinas de la DNPM, Av. Rivadavia 879, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

- De acuerdo con las condiciones actuales Genzyme Argentina donará los viales necesarios según requerimiento de esta DNPM para todos los pacientes que se incorporen durante el año calendario.

El Ministerio de Salud no reconocerá diferencias en el cambio de la moneda siendo aceptado solamente el oficial del Banco de la Nación Argentina al momento de la entrega. El plazo de pago será de 90 días desde el momento de la presentación de la factura.

5.5. Hemofilia.

Se dará cobertura en los siguientes casos:

1. Hemofilia tipo A: Déficit de factor VIII.
2. Hemofilia tipo B: Déficit de factor IX.
3. Enfermedad de Von Willebrandt: Déficit de factor VIII postergado.

Inclusiones:

Tratamiento farmacológico a demanda con factor VII, VIII o IX

Tratamiento farmacológico profiláctico con factor VIII o IX:

Los reintegros por este concepto serán tramitados en atención a lo establecido en el Programa de Cobertura de Factores de Coagulación para Pacientes bajo Tratamiento Profiláctico de la Hemofilia aprobado por Resolución N° 2048/03 - APE.

Tratamiento farmacológico profiláctico con factor VIII a altas dosis (inmunotolerancia-ITT) para pacientes con elevado título de inhibidor de Factor VIII. Con el correspondiente aval de la Academia Nacional de Medicina.

Exclusiones:

Traslado de pacientes y familiares.

Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención de pacientes y familiares.

Diagnóstico de la enfermedad de base y sus interurrencias.

Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.

En referencia a los medicamentos para el tratamiento de la hemofilia la documentación respaldatoria requerida es la siguiente:

- a) Prescripción médica con diagnóstico del accidente tratado, emitida por el médico especialista en Hematología o Hemoterapia.
- b) Resumen de Historia Clínica con evolución del accidente.
- c) Planilla de cronograma de administración avalada por médico especialista.

El Ministerio reconocerá como máximo hasta el 85 por ciento del genérico de menor valor de venta al público según Manual Kairos a la fecha de la autorización, por lo cual, de existir diferencias, estarán a cargo de la Jurisdicción.

CAPITULO 2 - PADRONES Y AFILIACIONES

El área de Padrones y Afiliaciones tiene a su cargo la confección y administración del Padrón de beneficiarios, con el objeto de garantizar el acceso y la continuidad de la asistencia médica de los mismos al programa.

El padrón contiene el registro de todas las personas (titulares y familiares) que pueden acceder a las prestaciones del programa.

Para su elaboración se recepciona, analiza, verifica y aprueba la documentación aplicando la normativa de afiliación vigente, incorporando sólo las solicitudes de afiliación correctas y completas, enviadas por las delegaciones de todo el país.

El hecho de recibir una Pensión No Contributiva (PNC) no determina la inclusión automática ni obligada en el mismo. En razón de ello, de no estar incluido en el Programa y requerir asistencia médica, la misma quedará a cargo exclusivamente de la provincia hasta tanto ingrese al Padrón de beneficiarios.

Tipo de datos contenidos en el Padrón

Apellido y nombre

N° de beneficio

Código de parentesco

N° de DNI

Fecha de nacimiento

Sexo

Estado civil

Si es o no discapacitado

Domicilio de residencia (calle, N°, barrio, código postal, provincia, departamento, localidad).

Sistema de actualización del Padrón

El padrón se actualiza de dos formas, la primera con el procesamiento de las solicitudes de afiliación remitidas por las delegaciones de las 24 UGP en el área de Padrones y Afiliaciones. La segunda, que rige a partir del 02/2009, es mediante el procedimiento de Afiliación Directa que se detalla más adelante.

Altas, Bajas y Modificaciones en el Padrón

El alta de un beneficiario, sea este titular y/o grupo familiar, dentro del padrón se produce por la solicitud del mismo o bien a través de la Afiliación Directa por migración de datos.

La baja del titular se puede producir por la solicitud del mismo (renuncia), por la pérdida de la pensión no contributiva o por la detección de acceso a alguna Obra Social, lo que es incompatible con el Programa.

Cuando un beneficiario titular es dado de baja, en forma automática se da de baja a los miembros familiares a cargo. Los familiares a cargo pueden permanecer en el Programa en la medida que el titular del beneficio continúe afiliado. Asimismo, es factible la baja por renuncia de algún miembro del grupo familiar, sin que se afecte la cobertura prestacional del resto (titular y familiar a cargo).

Las modificaciones que se producen en el padrón pueden ser solo de datos del mismo o cambios en el distrito de residencia de los beneficiarios, tanto para los titulares como para los familiares a cargo. Dichas modificaciones solo se producen si el beneficiario titular o apoderado lo solicita mediante el trámite respectivo con la acreditación correspondiente.

Cruces de datos de SSS y PAMI

En la actualidad las solicitudes de afiliación que ingresan al área son cruzadas a través del Padrón de Beneficiarios del Sistema de los Agentes Nacionales del Servicio de Salud (SSS), que incluye el padrón del PAMI.

Cuando se realizan los cruces del Padrón del Programa con el Sistema de Información Tributaria y Social (SINTyS) de acuerdo al convenio, la base de datos de dicho organismo cuenta con acceso a los padrones de la SSS y de las Obras Sociales Provinciales (OSP). Asimismo este cruce permite dar de baja a las personas fallecidas, porque su base es actualizada quincenalmente por el Registro Nacional de las Personas (RENAPER).

Procedimiento para la afiliación directa

El 3 de febrero de 2009 con el fin de actualizar y agilizar los procedimientos administrativos, se firmó el convenio entre el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Salud, para la afiliación directa de los beneficiarios de Pensiones No Contributivas.

Sólo se incluye a los titulares de Pensiones No Contributivas (PNC) por vejez (FE), por invalidez (FF), pensiones de madres de 7 o más hijos (HB), y pensiones por familiares de desaparecidos (HA) en el mensual vigente informado por la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales (CNPA). Los titulares de pensiones que no estén comprendidos en las leyes arriba mencionadas deberán realizar su solicitud de afiliación de acuerdo a la normativa de afiliación vigente.

Para el ingreso de los familiares a cargo, de los titulares incorporados en forma directa, deberán cumplimentar la solicitud de afiliación adjuntando la documentación establecida por la normativa vigente.

Se informará a las UGP la nómina de aquellos pensionados que por figurar como afiliados a una Obra Social nacional o provincial no hayan sido incorporados en el padrón. Dichos

beneficiarios tendrán que realizar su solicitud de afiliación a la que deberán adjuntar la constancia de baja y/o no afiliación de la obra social detectada.

Asimismo se enviará a las UGP el padrón actualizado con las altas producidas, por afiliación directa y por solicitudes normales.

Metodología de análisis para los afiliados duplicados:

Igual N° de DNI diferente persona: Para corroborar los datos personales se elevará la consulta a la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales, y/o a través de página pública de ANSES si así lo posibilita. De esta manera se dará curso a la modificación del dato erróneo mediante la documentación respaldatoria.

Error en la carga de N° de beneficio: Para corroborar los datos personales se elevará la consulta a la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales, y/o a través de página pública de ANSES si así lo posibilita. De esta manera se dará curso a modificar el dato erróneo mediante la documentación respaldatoria.

Duplicado por carga manual (familiar con titular): en los casos en los que se detecta doble afiliación, como titular y familiar a cargo, priorizará como afiliado en condición de titular.

Error de carga en N° de DNI y/o fecha de nacimiento: Para corroborar los mencionados datos personales se elevará la consulta a la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales, y/o a través de página pública de ANSES si así lo posibilita. De esta manera se dará curso a modificar el dato erróneo mediante la documentación respaldatoria, mencionada anteriormente.

Duplicado por carga manual o afiliación directa, titular con titular: se evaluará cada caso en particular de acuerdo al tipo de pensión que posea. Se priorizará al beneficio asistencial, el cual es vitalicio. En los casos que ambos beneficios sean pensiones asistenciales, se elevará para la consulta a la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales a fin de que nos informen cuál de los beneficios deberá permanecer activo y cuál será dado de baja, así como qué leyes son compatibles entre sí. Sin embargo en el caso de ser compatibles solo permanecerán afiliados bajo un solo beneficio que será el que tenga mayor antigüedad en nuestro padrón.

Duplicado por carga manual familiar con familiar: En los casos en que se encuentre duplicado un afiliado con la categoría de familiar a cargo, permanecerá el que se encuentre en el padrón bajo el N° beneficio que tenga mayor antigüedad en el padrón, el otro registro se dará de baja.

Cruce SINTyS (Doble cobertura)

Procedimientos para presentar la documentación en los casos de rehabilitación o reincorporación al Padrón del Programa cuando se procede a la Baja del mismo por haberse detectado a través de cruce con SINTyS doble cobertura:

a) Para la rehabilitación de los beneficiarios en los casos en que la baja de la Obra Social detectada sea anterior a la fecha de baja en nuestro padrón, deberá remitir a esta área:

- La constancia de baja de la Obra Social detectada (en original) firmada y sellada por autoridad competente, especificando nombre y apellido del titular y familiar a cargo, si lo tuviera, así como la fecha de la baja.

- Último recibo de cobro de la pensión N. C.

- Planilla de rehabilitación con firma y sello del agente receptor de la UGP y del titular del beneficio.

b) Para solicitar la reincorporación (Alta Nueva), tanto como para el titular como para el familiar a cargo, en los casos en que la fecha de baja de la Obra Social detectada fuera posterior a la Baja del padrón del Programa, se deberá remitir:

- La constancia de baja de la Obra Social detectada (en original) firmada y sellada por autoridad competente, especificando nombre y apellido del titular y del familiar, si lo tuviera, así como la fecha de cuando se procedió a la baja.

- Planilla de afiliación: junto a la documentación solicitada por normativa de afiliación vigente, para realizar la misma.

c) Para regularizar la situación de afiliación frente al Programa, los beneficiarios tendrán un plazo de 60 días, desde el momento en que se procedió a la baja. Pasado este plazo se realizará solamente el trámite de Afiliación, sin poder acceder a la rehabilitación.

Al momento de realizar una rehabilitación o alta nueva, se deberá informar al beneficiario que debe solicitar a la Obra Social detectada (en caso que estuviera de baja de la misma) actualizar los datos en el Padrón de Superintendencia de Servicios de Salud, para evitar futuras bajas de la misma índole.

Tratamiento de bajas por fallecidos y por doble cobertura

En base a convenios realizados y pautas de seguimiento y depuración del padrón de beneficiarios de la Dirección Nacional de Prestaciones Médicas, se detallan a continuación los métodos de cruce y control de registros:

Trimestralmente se envía al Sintys la base de beneficiarios de la Dirección Nacional de Prestaciones Médicas para un cruce con las bases de datos de obras sociales Nacionales y Provinciales, así también para ser cruzadas con la base de datos de Registro Nacional de las Personas (Renaper).

De los resultados obtenidos con el cruce de la base de datos del Renaper, se efectúa la baja automática en el padrón de beneficiarios del Programa de aquellos beneficiarios identificados como fallecidos, así como sus familiares a cargo.

El listado de bajas por fallecimiento es transferido al área de administración para su correspondiente débito calculado en base a la fecha de fallecimiento informado por el Renaper.

En caso de reclamo por la UGP o por el beneficiario y presentando la documentación necesaria para acreditar su supervivencia, se rehabilitará con la fecha de alta original del beneficiario.

De los resultados obtenidos con el cruce de las bases de datos Nacionales y Provinciales, se realizarán las bajas de todos aquellos beneficiarios y familiares a cargo siempre y cuando no tenga alguna prestación de hemodiálisis o discapacidad en curso, los cuales se informarán a los centros de Hemodiálisis / Discapacidad correspondientes y a las UGP para que se presente la documentación de renuncia o constancia de no cobertura a otra Obra Social expedida por la Superintendencia de Seguros de Salud. Estos beneficiarios se mantienen en el padrón por un período de 1 mes desde el aviso a las prestadoras y a las UGP; luego de transcurrido este tiempo y de no haber recibido constancia de no cobertura, se procederá con la baja del beneficiario.

Es importante remarcar que los beneficiarios deberán exigir ante la Superintendencia de Seguros de Salud la baja efectiva de los padrones de Obra Social en los cuales aparecen como afiliados, ya que si en el próximo cruce de datos con Sintys el beneficiario volviese a aparecer, se procedería nuevamente con la baja del mismo.

El listado de bajas por doble cobertura es transferido al área de administración para su correspondiente débito.

BENEFICIARIOS EN TRANSITO

Los beneficiarios en tránsito, correspondientes a otras jurisdicciones o provincias que padezcan una situación de emergencia y que requieran inmediata atención médica ambulatoria o de internación de impostergable ejecución, serán atendidos por la red prestacional pública de la provincia o integrantes de la Red efectora del Programa de la UGP local.

El efector gestionará la autorización pertinente, poniendo en conocimiento a la UGP local.

La UGP local será responsable de:

la evaluación del caso

emitir la autorización que corresponda

informar por medio fehaciente del hecho a la UGP de origen del beneficiario dentro de las 48 hs. hábiles de notificada

Los gastos que demande la asistencia de pacientes en tránsito, serán facturados por la UGP de la jurisdicción que asiste al beneficiario a la UGP de origen del beneficiario, según listado de Prestaciones PMO y de acuerdo a los valores fijados por Resolución 488/02 del Ministerio de Salud de la Nación y/o sus modificaciones, acompañando a la mencionada facturación con la documental respaldatoria correspondiente.

Los gastos complementarios a la atención médica del beneficiario en tránsito (alimentación, alojamiento y traslado en vehículos sanitarios) estarán a cargo de la UGP de la Provincia de

origen.

La responsabilidad de la cobertura prestacional es la UGP de origen, la que podrá ante la notificación de la UGP receptora adoptar las medidas que estime pertinentes para el traslado y asistencia prestacional del beneficiario dentro de su Red Provincial.

En caso de controversias entre las UGP, la Dirección Nacional de Prestaciones Médicas se constituirá en instancia decisoria.

De verse la DNPM obligada a cancelar las facturas de prestadores o de la UGP receptora, dicho pago se debitará a la cápita de la UGP de origen.

CAPITULO 3: FUNCIONES DE LA UNIDAD DE GESTION PROVINCIAL-UGP

Gestionar el Programa a nivel provincial

Presentar la conformación de la Red de Prestadores provincial para la atención de afiliados, con una infraestructura calificada y suficiente, y por niveles de complejidad en todo el territorio de la jurisdicción, teniendo en cuenta que el primer nivel debe contar con capacidad resolutive suficiente para convertirse en la puerta de entrada a la red.

Identificar a la población con asignación nominal a Médico de Cabecera y/o Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS).

Implementar mecanismos oportunos para la provisión de medicamentos e insumos, en toda la provincia, tanto en internación como en atención ambulatoria.

Impulsar el desarrollo de programas de promoción y prevención de la salud, control y tratamiento de enfermedades de los beneficiarios.

Difundir el Programa en la Provincia asegurando la accesibilidad de los beneficiarios a la cobertura prestacional que encomienda el mismo.

Recopilar la información de la red asistencial, prestacional, de auditoría, económico-financiera, estadística y epidemiológica, para su procesamiento, análisis, evaluación y presentación ante la DNPM acorde al Convenio.

Registrar los reclamos, quejas y denuncias realizadas por los beneficiarios del Programa.

Observar la efectiva aplicación de los recursos del Programa, de acuerdo a parámetros sanitarios, poblacionales y geográficos de los beneficiarios.

Seguir las patologías crónicas vulnerables.

Realizar toda otra actividad que haga a una gestión eficaz y eficiente.

Conformación de la UGP y funciones de sus integrantes

Cada UGP deberá contar como mínimo con una dotación e infraestructura necesaria para el correcto funcionamiento, según se describe a continuación:

Un Coordinador a cargo de la UGP

Dos Auditores Médicos

Un Responsable Administrativo-Contable (Contador Público independiente)

Un Asesor Legal

Un Técnico en informática o capacitado para: programar, operar y cargar información

Un Asistente o Trabajador Social

Dos administrativos, ambos a tiempo completo

Según el número de hospitales regionales o de cabecera en la Jurisdicción, se podrá considerar la asignación de uno a dos administrativos en los mismos, cantidad que podrá incrementarse en razón de la población beneficiaria que cubre, capacitados para responder consultas, tramitar autorizaciones, armado y envío de documentación a la UGP, entrega de materiales a beneficiarios, gestión de turnos, etc.

La UGP podrá contar o requerir el asesoramiento de otros profesionales como: odontólogo, psicólogo, fisiatra, epidemiólogo, estadístico, etc., de resultar menester para el eficiente y eficaz desarrollo de sus tareas.

La conformación de este equipo, en número de integrantes y horas de servicio se adecuará a la cantidad y distribución geográfica de los afiliados en cada jurisdicción.

Responsabilidades y funciones del Coordinador, de los Auditores Médicos, del Responsable Administrativo - Contable (Contador Público independiente) y del Técnico en Informática.

Coordinador

Es la autoridad técnico-administrativa, responsable de la Unidad de Gestión Provincial y de la articulación con la autoridad sanitaria provincial.

Funciones:

Interactuar con la DNPM en las instancias requeridas.

Coordinar las actividades de los restantes integrantes de la UGP.

Implementar los mecanismos que aseguren la calidad en la atención y la satisfacción de los beneficiarios.

Garantizar la disponibilidad de información y los procesos de facturación y liquidación según tiempos y formas establecidos en el convenio.

Evaluar las quejas, denuncias y reclamos y tomar las medidas correctivas que correspondieren.

Brindar oportuna respuesta a las requisitorias formuladas por las Defensorías y órdenes judiciales con estricto cumplimiento de los plazos legales y procesales, respectivamente; así como a los requerimientos del Area Legal de la DNPM, dentro de los plazos otorgados al efecto.

Realizar reuniones periódicas con los integrantes de la Red Prestacional, con el objetivo de informar las normas operativas y sobre los programas de prevención de enfermedades prevalentes y de promoción de la salud en consonancia con los lineamientos del Programa y evaluar el cumplimiento de los objetivos y metas del mismo.

Audidores Médicos

Son los responsables de la coordinación entre los distintos niveles de atención médica.

Funciones:

Evaluar, planificar y realizar en forma periódica las auditorías prestacionales programadas y llevar a cabo las no programadas, cuando fueren necesarias.

Elaborar un informe de las auditorías para conocimiento del Coordinador de la UGP y de la Auditoría del nivel Central del Programa, manteniendo su archivo y disponibilidad.

Evaluar, autorizar y/o derivar las prestaciones que lo requieran.

Mantener un registro de las prestaciones médicas autorizadas y realizadas.

Proporcionar documentación/información para la liquidación de las prestaciones médicas autorizadas.

Participar en la ejecución y supervisión del funcionamiento de los programas de prevención de enfermedades prevalentes y de promoción de la salud, coordinando en su caso dichas tareas con la Autoridad Sanitaria Regional.

Responsable Administrativo-Contable

Es el responsable de asegurar una adecuada aplicación de los montos transferidos para la cobertura comprometida por la Provincia a los afiliados al Programa.

Funciones:

Analizar, controlar y registrar las facturaciones para su liquidación, practicando los débitos correspondientes.

Llevar actualizadas las conciliaciones bancarias y contar con los extractos bancarios al día.

Llevar registro de deudas devengadas y pendientes de facturación.

Conformar los pagos, registros contables, libros rubricados de los expedientes de pago y demás documentación de acuerdo con la Ley Financiera y/o Contable de la Provincia.

Conformar el balance de sumas y saldos y el analítico del mismo al cierre de cada mes.

Confeccionar el Estado de Origen y Aplicación de Fondos, el Estado de Situación Financiera Corriente que será enviado a la DNPM.

Enviar a la DNPM fotocopia de los extractos bancarios de todas las cuentas que posea la UGP para la aplicación de los fondos del Programa y fotocopia del Libro Bancos.

Confeccionar la Certificación de pagos a los Prestadores,

Confeccionar el inventario de bienes muebles erogados con fondos recibidos del Programa y mantenerlo actualizado en forma mensual.

Técnico en Informática

Es el encargado de la implementación y organización de los circuitos de información, así como del registro, recopilación, consolidación y envío de lo requerido según Convenio.

Características edilicias y equipamiento de la UGP

Forma parte de los requerimientos:

Infraestructura: planta física localizada en zona de fácil acceso a medios públicos de

transporte, con las siguientes características:

Amplitud mínima equivalente a 4 ambientes o áreas divisibles, sin barreras arquitectónicas;

Sala de espera para el público

Baño de público y de personal

Depósito

Cocina

Equipamiento:

Dos PC como mínimo e impresora

Fax

Tres líneas telefónicas, dos entrantes y una de salida

Dos teléfonos celulares, uno para uso del Coordinador y el otro para uso del Auditor Médico de guardia

Disponibilidad para el traslado del personal dentro y fuera de la provincia

CAPITULO 4: RENDICION DE CUENTAS

A los efectos de cumplimentar lo establecido mediante Resolución Ministerial 979 del 30 de junio de 2011 se establecerá como Reglamento de Rendición de Fondos transferidos a las jurisdicciones a los **INFORMES MENSUALES DEL ESTADO DE ORIGEN Y APLICACION DE FONDOS, DEL ESTADO DE SITUACION FINANCIERA CORRIENTE Y DE LA INFORMACION ADICIONAL OBLIGATORIA.**

En caso de incumplimiento a la obligación de rendir cuentas en tiempo y forma, los montos no rendidos deberán ser reintegrados al ESTADO NACIONAL.

Las distintas unidades de gestión provinciales se comprometen a cumplir con la obligación de preservar por el término de DIEZ (10) años, como respaldo documental de la rendición de cuentas, los comprobantes originales completados de manera indeleble y que cumplan con las exigencias establecidas por las normas impositivas y provisionales vigentes.

Las distintas jurisdicciones se comprometen a cumplir con la obligación de poner a disposición de las jurisdicciones y entidades nacionales competentes, así como de los distintos Organos de Control, la totalidad de la documentación respaldatoria incluyendo los extractos de las cuentas especiales donde se refleje la ejecución de los montos transferidos, cuando éstos así lo requieran.

En caso de constatarse: 1) incumplimiento en tiempo y forma de las rendiciones en cuenta acordadas en los convenios suscriptos, 2) Objeciones formuladas por la SIGEN o impedimentos para el control de la asignación de los recursos transferidos, 3) la utilización de fondos transferibles en destinos distintos al comprometido, cualquiera fuera la causa que lo origine, la Subsecretaría de Salud Comunitaria, estará facultada a interrumpir y/o retener en forma automática la transferencia de fondos con previa comunicación fehaciente al Ministro/Secretario de Salud de la contraparte.

También se encontrará facultada a interrumpir la suscripción de nuevos convenios y adoptar las acciones que jurídicamente corresponda.

INFORME MENSUAL DEL ESTADO DE ORIGEN Y APLICACION DE FONDOS, DEL ESTADO DE SITUACION FINANCIERA CORRIENTE Y DE LA INFORMACION ADICIONAL OBLIGATORIA

FECHA DEL INFORME: dd/mm/aa

PERIODO INFORMADO: mm/aa

A) ESTADO DE ORIGEN Y APLICACION DE FONDOS (FINANCIERO)

ORIGEN DE FONDOS

Ingresos por Cápita

Ingresos por Fuera de Cápita

Ingresos por Reintegro de Prestaciones de Alto Costo y Baja Incidencia (PACBI)

Otros Ingresos (Nota)

TOTAL DE ORIGENES

APLICACION DE FONDOS

Prestaciones Médicas

1- Primer Nivel

Instituciones Públicas

Prestadores Privados
2- Segundo Nivel
Instituciones Públicas
Prestadores Privados
3- Tercer Nivel
Instituciones Públicas
Prestadores Privados
Subtotal Prestaciones Médicas
Prestaciones Farmacéuticas
Subtotal Prestaciones Farmacéuticas
Prestaciones Especiales
Hemodiálisis
Instituciones Públicas
Prestadores Privados
Odontología
Instituciones Públicas
Prestadores Privados
Rehabilitación
Instituciones Públicas
Prestadores Privados
Prótesis y Ortesis
Instituciones Públicas
Prestadores Privados
Implantes y Transplantes
Instituciones Públicas
Prestadores Privados
Atención de Adultos Mayores
Instituciones Públicas
Prestadores Privados
Salud Mental
Instituciones Públicas
Prestadores Privados
Optica
Instituciones Públicas
Prestadores Privados
Subtotal Prestaciones Especiales
Discapacidad
Subtotal Discapacidad
Viáticos y Traslados
Afiliados al Programa
Subtotal Viáticos y Traslados
Otros Gastos Prestacionales (Nota)
Subtotal Gastos Prestacionales
Gastos de Funcionamiento Administrativo de la UGP
(6 por ciento s/Facturación bruta de la Cápita Integral mensual)
Gastos por viáticos y traslados del personal médico y administrativo
Gastos en sueldos y Honorarios de personal no médico
Gastos de Funcionamiento administrativo
Subtotal Gastos de Funcionamiento Administrativo
TOTAL APLICACION DE FONDOS
I) ESTADO DE SITUACION FINANCIERA CORRIENTE (ECONOMICO)
ACTIVO
ACTIVO CORRIENTE
Disponibilidades
Banco Cuenta Corriente Especial N°

Créditos

Facturas por Cobrar en la DNPM

Prestaciones Facturadas no enviadas a la DNPM

TOTAL ACTIVO CORRIENTE

PASIVO

PASIVO CORRIENTE

Deudas

Hospitales/Efectores Públicos

Prestadores Privados

Gastos de Funcionamiento UGP

Otras Deudas (Aclarar por Nota)

TOTAL PASIVO CORRIENTE

TOTAL ACTIVO MENOS PASIVO

INSTRUCTIVO PARA LA CUMPLIMENTACION DE LA INFORMACION ECONOMICO FINANCIERA

A) ESTADO DE ORIGEN Y APLICACION DE FONDOS (INFORME FINANCIERO)

La presente información deberá ser remitida en forma mensual, y antes de los veinte (20) días del mes siguiente, a la Dirección Nacional de Prestaciones Médicas (DNPM) y se confeccionará por el sistema de lo percibido, considerando a los ingresos de fondos como Disponibilidades.

Origen de Fondos

Se informarán los ingresos que por todo concepto perciba la PROVINCIA (UGP) en la cuenta corriente Especial denunciada durante el período informado.

Ingresos por Cápitas: se detallará el importe efectivamente percibido en concepto de cápita.

Ingresos por fuera de Cápita: se detallará la suma efectivamente percibida correspondiente a toda facturación autorizada por la DNPM en concepto de fuera de cápita.

Ingresos por Reintegros de Prestaciones de Alto Costo y Baja Incidencia (PACBI): se detallará, al igual que en el caso anterior los valores percibidos correspondiente a cualquier facturación PACBI.

Otros Ingresos: se detallará cualquier otro ingreso, que perciba la PROVINCIA aclarando por nota el motivo y origen del mismo.

Aplicación de Fondos:

Se detallarán los pagos efectuados por la PROVINCIA durante el período informado, se encuentren ellos debitados o no en el extracto bancario, de acuerdo al registro del Libro Bancos.

Su clasificación, en la medida que la forma de contratación de la Unidad Ejecutora lo permita, se efectuará siguiendo la indicada a continuación:

Prestaciones Médicas: incluye todos los pagos efectuados por este concepto (con excepción de los incluidos dentro del rubro Prestaciones Especiales), y se dividirá en:

1- Primer Nivel

Instituciones Públicas

Prestadores Privados

2- Segundo Nivel

Instituciones Públicas

Prestadores Privados

3- Tercer Nivel

Instituciones Públicas

Prestadores Privados

Prestaciones Farmacéuticas: en este rubro se incluirán todos los pagos efectuados por la compra de medicamentos ambulatorios, material descartable, citostáticos y antihemofílicos.

Prestaciones Especiales: en este rubro se incluirán los pagos efectuados por los conceptos que son considerados prestaciones especiales por su naturaleza y que no puedan incluirse en el detalle anterior, diferenciando los públicos de los privados.

Discapacidad: si a pesar de estar excluidas de la cápita se han pagado prestaciones de este tipo, se incluirán todos los pagos efectuados a prestadores y/o instituciones de discapacidad.

Viáticos y traslados de afiliados al Programa: en este rubro se incluirán todas las erogaciones efectuadas por pasajes, gastos eventuales, viajes, etc., que efectúen los afiliados con autorización de la UGP.

Gastos de Funcionamiento Administrativo: en este rubro se incluirán los pagos efectuados por los gastos para el funcionamiento administrativo de la UGP, exponiendo por separado los Gastos en Personal, no prestacionales (sueldos y honorarios del personal que conforma la estructura de la UGP) y los Gastos de Funcionamiento de la UGP (alquiler, servicios generales, insumos, etc.).

Además en este rubro se incluirán también todas las erogaciones efectuadas por pasajes, gastos eventuales, viajes, etc., que efectúe el personal dependiente.

Se encuentra excluida toda erogación que la PROVINCIA deba realizar para la compra de bienes de uso registrables.

B).1) ESTADO DE SITUACION FINANCIERA CORRIENTE (INFORME ECONOMICO)

Al cierre de cada mes la PROVINCIA (UGP) efectuará un corte de documentación y remitirá mensualmente a la DNPM, antes de los VEINTE (20) días del mes siguiente, el Estado Situación Financiera Corriente, confeccionándolo por el sistema de lo devengado, donde se incluirán como mínimo los siguientes conceptos:

ACTIVO

Activo Corriente

Deberán exponerse, a fin de cada mes, todas las facturas que originan créditos (exigibles o no exigibles)

Disponibilidades

Banco Cuenta Corriente Especial: se expondrá el saldo del Libro Banco de la cuenta bancaria, al último día del mes a informar, de acuerdo a los respectivos registros contables.

Créditos

Facturas por cobrar en la DNPM: se expondrá el saldo de facturas presentadas y aún no canceladas por el Programa haciendo mención al N° de factura del prestador y la Razón Social.

Prestaciones facturadas y no enviadas a la DNPM: se expondrá el saldo a cobrar de prestaciones cuyas facturas, a la fecha del informe, no han sido presentadas. Del mismo modo debe incluirse:

N° de factura del prestador y Razón Social.

PASIVO

Pasivo Corriente

Deberán exponerse, a fin de cada mes, todas las facturas que originan deuda (exigibles o no exigibles).

Deudas

Deudas con Hospitales Públicos: se expondrá el saldo contable de las deudas registradas con los distintos hospitales y centros de salud contratados.

Prestadores Privados: Idem anterior, respecto de la deuda registrada con Prestadores Privados incluidos los Honorarios Prestacionales.

Proveedores: se expondrá el saldo de deuda que mantiene con los proveedores de farmacia, laboratorios, droguerías, distribuidoras, etc.

Prestadores Especiales: se expondrá el saldo contable por los conceptos abarcados dentro de prestaciones especiales.

Sueldos y Honorarios del personal de la UGP: se expondrá el saldo contable de las deudas en concepto de sueldos y honorarios.

Gastos Administrativos de Funcionamiento: se expondrá el saldo contable de las deudas en concepto de Gastos de Funcionamiento de la UGP.

B). 2) y 3) DETALLE ANALITICO DE CREDITOS Y DEUDAS

Mensualmente la Situación Financiera Corriente, deberá complementarse con un detalle analítico de Créditos y Deudas. El mismo deberá indicar:

Nombre y/o Razón social del acreedor y/o deudor

Fecha de factura

Número de Factura

Mes al que corresponde la prestación

Importe facturado

INFORMACION ADICIONAL OBLIGATORIA

EXTRACTOS BANCARIOS, COPIA DEL LIBRO BANCO, CONCILIACION BANCARIA, INVENTARIO DE BIENES MUEBLES Y CERTIFICACION DE PAGO A PRESTADORES DE LA RED Y/O PROVEDORES DE SERVICIOS.

Conjuntamente con el Informe de Estado de Origen y Aplicación de Fondos, del Estado de Situación Financiera Corriente, se deberá remitir la fotocopia de los extractos bancarios de todas las cuentas que posea la PROVINCIA (UGP) para la aplicación de los fondos del Programa, la fotocopia del Libro Banco, la conciliación bancaria, inventario de bienes muebles comprados con fondos del Programa y la Certificación de pagos a los prestadores de la Red y/o proveedores de servicios.

Toda la documentación administrativa-contable presentada ante la DNPM deberá ser remitida con el sello y firma del responsable de la UGP y CONTADOR PUBLICO

CAPITULO 5 - INFORME PRESTACIONAL Y EPIDEMIOLOGICO

Para el monitoreo del Programa, la Unidad de Gestión Provincial (UGP), deberá implementar los medios que fueren necesarios para garantizar la adecuada identificación de los beneficiarios en los prestadores de la Red Provincial, así como de las prestaciones brindadas para el registro de dicha información por parte de la UGP.

La información debe ser confiable, verificada y consolidada en la UGP por período trimestral, brindada a la DNPM suscripta por la autoridad responsable de la UGP, en soporte magnético (archivos vía mail, disquete o CD).

La UGP es la responsable directa ante el Programa de la información mensual estadística epidemiológica, prestacional y sanitaria remitida y que conforma el presente Anexo.

Esta información será validada y cargada en archivos brindados por la DNPM, para luego ser remitida y analizada por la misma, en forma trimestral dentro de los noventa (90) días del envío de la información. La DNPM brindará los instructivos necesarios para que la información sea homologable en las diferentes jurisdicciones, al igual que ofrecerá la capacitación necesaria para dicha tarea.

MONITOREO DEL DESEMPEÑO PRESTACIONAL PROVINCIAL DEL PROGRAMA FEDERAL DE SALUD

El mismo tiene como objetivo propiciar la accesibilidad al cuidado y atención de la salud y enfermedad en un marco de calidad, con el mayor grado posible de eficiencia en la gestión de los recursos humanos, físicos y económicos sanitarios.

La consolidación de esta herramienta de gestión y su utilización para el monitoreo de los resultados alcanzados por las jurisdicciones provinciales permite avanzar en un camino trazado y pretende generar un estímulo potenciador en la gestión nacional y provincial del programa.

DEFINICIONES CONCEPTUALES:

1. Credencialización:

Los beneficiarios del Programa recibirán una credencial identificatoria y serán referenciados.

Para ello, para cada beneficiario se establecerá un médico de cabecera o CAPS, Centro de Atención Primaria de la Salud, que será el primer responsable por su salud y funcionará como puerta de entrada al sistema. El beneficiario deberá ser notificado al momento de credencializarse acerca del médico o CAP al cual ha sido asignado. Los padrones serán remitidos a los médicos prestadores.

Se confeccionará un registro informatizado de credencialización que deberá contar con la fecha de credencialización y la firma respaldatoria del beneficiario, como constancia de recepción de la credencial.

La credencialización y georreferencia deberán abarcar a más del 80 por ciento de la población bajo cobertura.

2. Red de médicos de cabecera:

Conformación y funcionamiento de una red de profesionales de cabecera que brinden

atención médica en el primer nivel de atención en consultorios, centros de salud, unidades sanitarias y hospitales de baja complejidad, a los afiliados asignados según padrón nominado.

El médico, cuya población asignada no superará los 1000 beneficiarios, tendrá a su cargo la atención programada y de urgencia, en consultorio y, cuando se requiera, a domicilio, de dicha población. Deberá hacer el seguimiento personal de la misma y efectuar las derivaciones especializadas periódicas o emergentes que sean necesarias, considerando además el ámbito familiar y el contexto social y ambiental.

3. Acceso a la medicación:

Establecimiento de mecanismos adecuados que promuevan un acceso fácil y gratuito de la población bajo cobertura a los medicamentos recetados por su nombre genérico.

4. Auditorías en terreno:

La autoridad sanitaria provincial, a través de su Unidad de Gestión Provincial del Programa deberá establecer un plan de auditorías en terreno que permitan supervisar y controlar el desempeño prestacional de los efectores de su red que brinden atención a los beneficiarios del Programa, incluyendo médicos de cabecera, hospitales, geriátricos, instituciones de salud mental y centros de diálisis.

Los resultados de las acciones de auditoría provinciales deberán ser registrados mediante informes escritos.

Satisfacción de los beneficiarios:

La satisfacción de los beneficiarios con respecto a la atención médica integral recibida y la atención provista por el personal de la Unidad de Gestión Provincial se establecerá por medio de una encuesta efectuada a los beneficiarios por el personal designado por la UGP. La cantidad mínima de encuestas a realizar en cada semestre será de 1 cada 500 beneficiarios y la cantidad deseable semestral será de 1 cada 100 beneficiarios.

Inicialmente el modelo de encuesta a realizar es remitido por el Nivel Central del Programa.

DISCAPACIDAD

Referente de Discapacidad:

Cada jurisdicción nombrará a una persona idónea en la temática como referente del área de discapacidad.

Dicha designación y su eventual modificación deberá ser comunicada a la Coordinación de Prestaciones Médicas y al área de discapacidad del NIVEL CENTRAL mediante nota firmada por el responsable de la UGP.

Sus principales funciones serán:

Relevamiento asistencial de las prestaciones autorizadas en instituciones del Sistema Unico. Control y relevamiento prestacional de las prestaciones autorizadas por fuera de cápita.

Evaluación de la cobertura prestacional según red provincial para las personas con discapacidad.

Remisión de información a nivel Central.

Relevamiento de recursos prestacionales provinciales:

Se efectuará un relevamiento provincial de efectores prestacionales públicos y privados habilitados, incluidos o no incluidos en Convenio en base a su estado de acreditación, para la atención de personas con capacidades diferentes. La periodicidad de esta acción será anual.

Relevamiento de prestaciones autorizadas:

Se realizará un relevamiento que certifique la ejecución de las prácticas prestacionales fuera de cápita autorizadas para los beneficiarios de la provincia.

Meta establecida: Relevamiento trimestral del 50 por ciento de los beneficiarios bajo cobertura.

Presentación de documentación para la autorización de prestaciones extra cápita:

Evalúa la completa remisión de los datos incluidos en las solicitudes de autorizaciones de prestaciones extra cápita.

Remisión mensual documentación por prestaciones extra cápita autorizadas:

Contempla la remisión mensual de un documento, efectuado por cada Unidad de Gestión

Provincial, donde se informe al área de Discapacidad los datos de los beneficiarios que reciben prestaciones extra cápita autorizadas por el nivel central del Programa.

GESTION OPERATIVA

Se remitirá a la Dirección Nacional de Prestaciones Médicas la siguiente información:

- Cuantitativa epidemiológica
- Cuantitativa prestacional
- Cualitativa prestacional

La información enviada contará con su correspondiente rótulo identificatorio o nombre del archivo, en los formatos establecidos e indicando el período (mes/meses y año).

Deberá remitirse trimestralmente (en los meses de enero- abril- julio y octubre) de cada año y dentro de los 30 días corridos de finalizado el trimestre anterior.

Remisión a término:

Se considerará que la información fue remitida en término cuando ingrese dentro de los treinta (30) días de vencido el período trimestral a considerar según se detalla en el párrafo anterior.

- Información cuantitativa epidemiológica:

Las UGP deberán remitir un informe trimestral y cuatro anuales.

1. Codificación por CIE 10.
2. Uso de base de datos correspondiente.
3. Registros completos en todos sus campos.
4. No mezclar registros de un período con otro.
5. Información remitida dentro de los plazos establecidos.
6. Consolidar el trimestre en un solo archivo.

Información prestacional cuantitativa.

Inmunosupresores y Otras PACBI.

HIV-SIDA

Información prestacional cualitativa.

Inmunosupresores y otras PACBI.

HIV-SIDA

Se evaluará el porcentaje de coincidencias entre la documentación obrante en los legajos archivados en el área y la información remitida acorde al período analizado.

Actualización de legajos

Remisión:

Evalúa la remisión, por parte de las provincias, de legajos clínicos avalatorios de las prestaciones de alto costo que reciben sus beneficiarios y son pasibles de reintegro a través del Fondo Solidario.

Porcentaje de legajos de inmunosupresores y otras PACBI actualizados:

Categorización: Igual a Información cuantitativa epidemiológica.

SALUD MENTAL Y ADULTOS MAYORES

Item 1: Información prestacional cuantitativa

Item 2: Información prestacional cualitativa

Consistencia de los datos

Los datos enviados se correlacionan con datos obtenidos de otras fuentes (auditorías en terreno, referentes).

Uso de red pública:

a. Conformación de la Red:

La red dispone de red pública en al menos el 50 por ciento de los prestadores en Salud Mental y el 20 por ciento de los prestadores en Adultos Mayores. Se observará si no dispone de la red ofrecida en alguna modalidad si esto se debe a carencia de la red pública o falta de inclusión en la red de prestadores.

b. Utilización de la red pública

Al menos el 50 por ciento de las prestaciones de Salud Mental y el 20 por ciento de las prestaciones en la Atención de Adultos Mayores se realizan en la red pública.

Menú prestacional:

Evalúa la variedad de modalidades prestacionales ofertadas por la red provincial para la

atención de beneficiarios en Salud Mental y Gerontología.

c. Dispone de opciones ambulatorias y de internación:

La red dispone de al menos prestadores ambulatorios y de internación aceptablemente distribuidos para la realidad provincial.

d. Dispone de toda la gama prestacional:

La red dispone de prestaciones de niños y jóvenes, adultos y adultos mayores diferenciada, con prestaciones de internación aguda y de larga estadía, hospital de día, consultorios externos de psicología y psiquiatría como mínimo, hospital de día, domiciliaria, urgencias psiquiátricas, guardias las 24 horas, atención de adicciones aceptablemente distribuidos para la realidad provincial.

Se considerará muy favorable la existencia de modalidades alternativas a la internación (casas de medio camino, hostales, cuidadores domiciliarios, etc.)

Gestión Socialmente Integradora:

Se incluye la valoración de los siguientes tópicos:

e. La provincia y la UGP adhieren a acciones que favorecen la integración social de personas con trastornos mentales y/o adultos mayores:

La provincia desarrolla políticas activas para integración de las personas con trastornos mentales y/o adultos mayores, dispone de una dirección provincial o área que gestiona las políticas de salud mental y/o adultos mayores, promueve la atención ambulatoria y de internación en hospitales generales y centros de salud, realiza campañas antiestigma, programas de prevención de patologías y estos están incorporados a la agenda política provincial.

DIALISIS:

1. Información prestacional cuantitativa

Categorización similar a Información cuantitativa epidemiológica de Gestión Operativa.

2. Información prestacional cualitativa

1. Se ajusta a modelo.

2. Completó todos los ítems.

3. Coincidencia con base de datos del área.

4. Consolidar el trimestre en un solo archivo.

5. Información remitida en tiempo y forma.

Clasificación cualitativa

B. Solicitudes de Alta prestacional dialítica

1. Solicitudes de Alta en tiempo

Porcentaje de altas prestacionales dialíticas remitidas dentro de los plazos establecidos por normativa.

Categorización: similar a Información cuantitativa epidemiológica de Gestión Operativa.

2. Solicitudes de Alta completas

Porcentaje de altas prestacionales dialíticas remitidas con toda la documentación avalatoria requerida según normativa.

Categorización: similar a Información cuantitativa epidemiológica de Gestión Operativa.

TRASPLANTES:

1. Información prestacional cuantitativa

Categorización:

1. Incompleta: Informa datos trimestrales en forma parcial.

2. Completa: Informa datos trimestrales en forma total.

3. Información prestacional cualitativa:

1) Sin información: no remite información prestacional actualizada.

2) Deficiente: informes con actualización permanente de datos prestacionales durante un trimestre.

3) Básico: informes con actualización permanente de datos prestacionales durante dos trimestres.

4) Aceptable: informes con actualización permanente de datos prestacionales durante tres trimestres.

5) Optimo: informes con actualización permanente de datos prestacionales durante cuatro

trimestres.

ODONTOLOGIA

1. Información prestacional cuantitativa

Categorización similar a Información cuantitativa epidemiológica de Gestión Operativa.

2. Información prestacional cualitativa

Pautas utilizadas para calificar la calidad de la información remitida por las provincias:

1. Informa la totalidad de las prótesis odontológicas entregadas.
2. Uso de base de datos correspondiente.
3. Registros completos en todos sus campos.
4. Información remitida dentro de los plazos establecidos.
5. Consolidar el trimestre en un solo archivo.

Clasificación cualitativa:

- 1- Sin información: no se recibe información.
- 2- Deficiente: cumple 2 pautas.
- 3- Básico: cumple 3 pautas.
- 4- Aceptable: cumple 4 pautas.
- 5- Optimo: cumple las 5 pautas.

CAPITULO 6: NORMATIVA PARA TRATAMIENTO DIALITICO CRONICO

La presente normativa requiere de manera excluyente la utilización del sistema SINTRA del INCUCAI.

COBERTURA DEL TRATAMIENTO DIALITICO

La necesidad de tratamiento dialítico se ajusta a indicaciones médicas precisas y ante fallas de la función renal que determine desequilibrios severos del medio interno o acumulación de productos químicos consecuencia de la mala depuración renal.

En los cuadros de insuficiencia renal aguda (IRA) que requieran tratamiento dialítico, la indicación del mismo se realiza en los servicios de medicina interna, nefrología o terapia intensiva de la Red prestadora.

Las causas del mal funcionamiento renal pueden por su origen ser pre-renales, renales propiamente dichas y pos-renales. El abordaje terapéutico de fondo se ajustará a las necesidades de cada situación en particular e independientemente que ante la urgencia médica se deba proceder a la depuración externa, extra renal o tratamiento dialítico.

La evaluación del caso, de la justificación médica, autorización y cobertura, es resorte exclusivo de las áreas médicas de cada Unidad de Gestión Provincial (UGP). La cobertura de la prestación dialítica en la IRA se encuentra contemplada dentro de la cápita transferida. Los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) no terminal, deben ser controlados y pueden permanecer estables sin necesidad de tratamiento dialítico regular.

Cuando en curso de una IRC se producen situaciones que alteran el equilibrio en su medio interno, requerirán de tratamiento dialítico por el tiempo necesario hasta la recuperación, con limitaciones, de su función renal.

El tratamiento dialítico en pacientes con IRC no terminal forma parte de lo contemplado dentro de las prestaciones incluidas en la cápita.

Al igual que en la IRA, en la IRC no terminal, la evaluación, justificación, autorización y cobertura del gasto es responsabilidad de la jurisdicción (UGP).

Dado que en muchos casos es sumamente dificultoso diferenciar desde el punto de vista clínico IRA, IRC e IRC no terminal, se aceptará como IRCT a partir de los 90 días de iniciado el tratamiento sustitutivo, según los lineamientos del consenso R.I.F.L.E.

Cuando en la evolución de la IRC el daño renal es irreversible y terminal, el paciente se encontrará en Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT).

Los pacientes con IRCT sólo poseen como alternativa el tratamiento sustitutivo renal, sea este el dialítico crónico o el trasplante renal.

Tanto la indicación del tratamiento dialítico como la condición de posible receptor de un órgano a implantar, son consecuencia de la evaluación médica total de cada caso, por lo tanto, no en todos los pacientes estarán indicados dichos tratamientos.

El tratamiento dialítico crónico de los pacientes con IRCT no se encuentra comprendido dentro de la cápita asignada a las provincias, por lo que la evaluación del caso, autorización

y reconocimiento del gasto se implementará a través de la DNPM.

PROCEDIMIENTO GENERAL PARA EL ALTA EN TRATAMIENTO DIALITICO CRONICO

La tramitación de altas de pacientes en tratamiento dialítico crónico se ajustará a las presentes Normas de Procedimientos.

El paciente deberá haber sido evaluado por un Médico Nefrólogo, que diagnostique la condición de Insuficiencia Renal Crónica Terminal, e indique su ingreso a Plan de Diálisis Crónica.

Desde la Unidad de diálisis que recibe al paciente, se deberá inscribir al paciente en el sistema SINTRA del INCUCAI y gestionar el ALTA a diálisis, para poder percibir el pago de las prestaciones brindadas.

A- Para la misma es imprescindible la confección de un Legajo Individual por paciente en tratamiento (HDS o DPCA), el cual deberá reunir los elementos que se detallan a continuación.

Al respecto vale hacer una diferenciación entre aquellos afiliados sin antecedentes y aquellos que tienen antecedentes en diálisis, debido a que la documentación requerida para cada caso será distinta:

Se consideran afiliados con antecedentes en diálisis crónica a los siguientes casos:

Cambio de cobertura: Son aquellos pacientes que estando en tratamiento dialítico bajo determinada cobertura médica ingresan a nuestro programa, como consecuencia de la obtención de una pensión no contributiva. También entran en esta categoría aquellos beneficiarios que ya poseen el alta en el padrón de dializados, pero que por algún motivo sufren la baja en padrón de afiliados y son reincorporados posteriormente, quedando un período de carencia de cobertura.

Reingreso a diálisis: En esta categoría se encuentran contemplados aquellos pacientes que venían en tratamiento dialítico, que interrumpieron el tratamiento por diversos motivos (trasplante, interrupción por decisión médica o del paciente, recuperación de la función renal, etc.) y reingresan a diálisis.

Se consideran afiliados sin antecedentes en diálisis a aquellos pacientes que requieren tratamiento dialítico por primera vez en la vida. Se recuerda que la evaluación de estos casos queda sujeta a los lineamientos del consenso R.I.F.L.E.

DOCUMENTACION REQUERIDA PARA PACIENTES CON ANTECEDENTES:

1. Formulario de Solicitud de Registro de Ingreso a Diálisis con firma y sello del responsable de la UGP (Coordinador o Medico Auditor), correspondiente al domicilio del afiliado.

2. Planillas de Registro de Ingreso a Diálisis (DRI) y Constancia de Continuidad de Práctica Dialítica (CPD) provistas por el sistema SINTRA del INCUCAI, completas y actualizadas en todos sus ítems, con firma y sello del especialista. Vale destacar que es requisito indispensable para poder dar curso a la solicitud de alta que en el mismo se declare al Programa como financiador vigente con cobertura para el tratamiento dialítico del paciente.

A fin de mejorar la calidad de información y reducir el volumen de documentación requerida para conformar el legajo de Alta en Diálisis se procede a reemplazar parte de la misma por los formularios DRI y CPD del sistema SINTRA correspondientes, que deberán contener la información actualizada del paciente de acuerdo a los criterios que se detallan a continuación:

- Datos clínicos actualizados del paciente, haciendo especial hincapié en la declaración y diferenciación de la Fecha de Primera diálisis en la Vida del Paciente y de la fecha de Primera diálisis en el Centro.

- Firma y sello de Asistente Social o Trabajador Social del Centro de Diálisis, habida cuenta que dicho formulario también contiene Informe Socio Económico.

Deberá informar laboratorios de ingreso, como mínimo hemograma, urea, creatinina y/o clearance de creatinina, ionograma y albumina de períodos anteriores al ingreso que no superen los 3 meses de antigüedad de la fecha de presentación del legajo individual, y serología (Hepatitis B y C y HIV) que no supere los 6 meses.

Datos de Informe de Ecografía renal de ingreso a diálisis

Fotocopia de DNI

Fotocopia del último recibo de cobro (OPP)

Si la modalidad dialítica es Diálisis Peritoneal deberá adjuntarse, además, informe Psicológico firmado y sellado por el especialista que realizó la evaluación, informe socio-ambiental firmado por Asistente o Trabajador Social y fotocopia del parte quirúrgico de la colocación del catéter.

Carta de Derechos y Garantías, donde el afiliado deja constancia que toma conocimiento de su enfermedad, incluyendo los riesgos y beneficios derivados del tratamiento.

Conformidad del paciente con el Centro de diálisis, donde el afiliado deja constancia de la libre elección del prestador que le brindará tratamiento.

Informe de Situación de Inscripción en Lista de Espera de Organos y Tejidos o motivo de la no inscripción, todo ello por formularios SINTRA correspondientes para cada situación.

En el caso de Reingreso a Diálisis por Fallo del Trasplante Renal se deberá presentar legajo para el alta a diálisis con la documentación solicitada anteriormente, adjuntando la evaluación del centro de diálisis receptor por la cual se determina la necesidad de dicho reingreso a plan dialítico crónico.

Con posterioridad y dentro de un plazo máximo de tres meses, se presentará el informe y prescripción del tratamiento por parte del Equipo que realizó el Trasplante.

El objetivo de estas modificaciones es reducir el volumen de documentación requerida, aprovechando la información obrante en sistema SINTRA del INCUCAI, a fin de incorporar este instrumento como herramienta de control y seguimiento de pacientes en diálisis. Asimismo, lograr que los prestadores actualicen los datos del afiliado en dicho sistema, habida cuenta que éste será requisito indispensable para el otorgamiento del alta a diálisis.

DOCUMENTACION REQUERIDA PARA PACIENTES SIN ANTECEDENTES:

Además de la documentación requerida para pacientes con antecedentes, deberán presentar: Historia Clínica (no mayor a una carilla) actualizada, con diagnóstico aclarado donde conste: antecedentes, enfermedad actual, estudios realizados y tratamiento. Debe dejarse constancia del régimen y modalidad dialítica prescrita, firmado y sellado por especialista.

Estudios de laboratorios que documenten la insuficiencia renal crónica. Si no se dispone de antecedentes documentados de IRCT desde el punto de vista del laboratorio, adjuntar laboratorio de ingreso con creatinina y/o clearance de creatinina de período posterior.

En todos los casos, se deberán adjuntar por lo menos 3 (tres) análisis de laboratorios de función renal seriados, mensuales y actualizados que reúnan como mínimo: hemograma, urea, creatinina, ionograma y albúmina. Deben estar firmados y sellados por especialista y con membrete de la institución que los realiza.

3. En caso de IRCT cuya etiología sea la uropatía obstructiva será necesario adjuntar un informe del Urólogo tratante, donde describa la patología, el tratamiento realizado y los estudios y/o tratamientos pendientes de realizar. La irreversibilidad del cuadro es un requisito para programar su ingreso a plan de diálisis crónica.

4. En caso de IRCT asociada a Neoplasia se deberá adjuntar informe de especialista en Oncología donde conste estadificación y plan terapéutico a seguir.

B- El legajo será confeccionado por el prestador en tres ejemplares.

C- Los tres ejemplares serán presentados a la UGP de la jurisdicción.

D- Un ejemplar del Legajo Individual será remitido por la UGP al Area Renal Crónico de la DNPM luego del control por parte de los auditores responsables de las UGP. La fecha formal de ingreso del Legajo será la de recepción en el Area Renal Crónico de la DNPM. La primera hoja del legajo original, que se sellará en la UGP es la denominada: Solicitud de registro de pacientes en diálisis de la documentación del Programa para gestión del alta.

E- El segundo ejemplar del legajo será mantenido en la UGP como documentación de respaldo.

F- El tercer ejemplar del Legajo Individual del paciente, con su primera hoja sellada por la UGP como conformidad de recepción de los otros dos ejemplares, quedará en poder del efector como documentación perteneciente a la Unidad de Diálisis.

G- Los tres ejemplares deberán llevar la firma y sello del responsable médico del

tratamiento del paciente. Toda documentación que no sea original deberá llevar el sello o aclaración de es copia fiel del original con firma y sello del responsable médico del paciente que confeccionó los legajos.

H- Con posterioridad, el Area Renal Crónico (ARC) deberá recibir el Legajo Individual conteniendo la documentación necesaria para la evaluación del caso. La documentación requerida ha sido detallada precedentemente en el punto A de este apartado.

I- El ARC controlará la documentación, la caratulará como Expediente y realizará análisis correspondiente para su autorización, observación o rechazo.

J- El ARC comunicará a la Unidad de Gestión Provincial la autorización del alta (definitiva, transitoria, bajo control), requerirá mayor información en caso de ser necesario y justificará los rechazos que correspondan.

A. CIRCUITO DE PRESENTACION DE DOCUMENTACION

B. A los efectos de posibilitar la facturación de las prestaciones realizadas, el ARC informará mensualmente a cada UGP el listado de beneficiarios en diálisis autorizados, correspondiente a su jurisdicción.

C. El cierre mensual de altas, bajas y modificaciones se realizará en dicha ARC los días 20 de cada mes, notificando a cada UGP antes de la finalización del mes.

D. La UGP deberá informar en los primeros cinco (5) días de recibido el padrón de pacientes autorizados a los efectores de su red.

E. Los pacientes en tratamiento que no contaren con la autorización correspondiente quedarán pendientes de facturación y pago hasta la obtención del Alta (definitiva, transitoria o bajo control).

A los efectos de no demorar la información de cada nuevo caso, los prestadores estarán obligados a comunicar a la UGP y al ARC de la DNPM el ingreso de nuevos pacientes en tratamiento dialítico crónico dentro de los 30 días de su ingreso a tratamiento. En igual plazo deberán comunicarse las bajas del tratamientos o cualquier cambio que surgiera en el tratamiento dialítico (cambios de centro, cambios de modalidad).

F. Los prestadores deberán presentar en la UGP, dentro del plazo de los treinta (30) días de iniciado el tratamiento, los legajos de los nuevos pacientes en diálisis con toda la documentación médica y administrativa exigible para la confección del Legajo Individual que se detallara anteriormente.

Para el caso en que el Legajo Individual fuera recepcionado en el A.R.C. con una demora mayor a los sesenta (60) días de iniciado el tratamiento dialítico, sólo se podrá reconocer retroactivamente las prestaciones brindadas durante los sesenta (60) días previos cuando las demoras en la recepción de la documentación del Legajo Individual en el ARC no fuere responsabilidad del efector y este acredite la presentación en término en la UGP jurisdiccional.

G. La fecha de autorización del alta por parte de la DNPM podrá ser retroactiva al momento del ingreso del paciente en tratamiento dialítico crónico, de haber sido presentado el legajo correspondiente en la UGP dentro de los 30 días de ingresado, con constancia de dicha presentación.

H. En los casos en que deba requerirse mayor información o tratarse el alta dentro del ámbito de la Comisión Mixta de Prestaciones Dialíticas, el ARC comunicará la autorización, alta o rechazo del tratamiento dentro de los sesenta (60) días de la fecha de recepción del legajo completo.

I. La UGP informará en forma mensual las novedades referidas a bajas (suspensión del tratamiento, óbito o trasplante) y las modificaciones producidas en los tratamientos (cambios de centro prestador o modalidad), al cierre de cada mes, enviando en todos los casos los formularios DEM por sistema SINTRA y en los casos que se requiera documentación complementaria (cambios de modalidad y de centro).

J. La base central de datos de pacientes en tratamiento dialítico crónico bajo Programa se actualizará mensualmente en el ARC, conforme a la información recibida de las Unidades de Gestión Provincial.

K. La UGP y el ARC llevarán un legajo de cada afiliado en diálisis crónica. La UGP, dentro de su seguimiento de pacientes, gestionará ante los prestadores la presentación regular de la

documentación de continuidad y seguimiento del tratamiento según se detalla en el punto **SEGUIMIENTO DE AFILIADOS EN DIALISIS**.

L. La UGP deberá informar al ARC la constitución de la red prestadora con los datos correspondientes a los Centros de Diálisis.

M. En los casos en los que se producen cambios de centro de pacientes que poseen Alta ya otorgada por la DNPM, el circuito y modalidad operativa es idéntica a la ya descrita y sólo deberá presentarse la siguiente documentación:

1. DRI por SINTRA: Emitido por el nuevo centro.
2. Anexo VI: Firmado por el Paciente.
3. DEM por SINTRA: Emitido por el centro que deriva al Paciente y necesario para que el prestador receptor pueda elaborar los formularios anteriormente nombrados.
4. Fotocopia de DNI.
5. Fotocopia de OPP.

N. En los casos de cambio de modalidad (HDS O DPCA) de pacientes con Alta otorgada por la DNPM, el circuito y modalidad operativa es idéntica, requiriendo solamente la siguiente documentación:

1. DRI por SINTRA: Emitido por el centro con el cambio de modalidad.
2. Anexo VI: Firmado por el Paciente.
3. DEM por SINTRA: Emitido por el centro por cambio de modalidad.
4. Fotocopia de DNI.
5. Fotocopia de OPP.

O. La UGP recibirá la facturación de los tratamientos realizados a pacientes autorizados, adjuntando a la misma copia del listado de autorización. La UGP, previo paso por sus áreas de control médico o auditoría, prestará su conformidad al listado de pacientes en tratamiento que han sido facturados y conformará los tratamientos y las facturas presentadas. Vale destacar que la conformidad de las facturas implica la firma del coordinador o medico auditor de la UGP:

P. Fecha de corte de facturación y visado: se establece como fecha de corte mensual el día veinte (20) de cada mes. Los ingresos posteriores al día 20 del mes formarán parte y estarán incluidas dentro de las prestaciones correspondientes al mes siguiente.

Q. Reclamo de documentación: todo pedido de documentación faltante o ampliatoria, necesaria para otorgar el alta, que el ARC solicite a la UGP por nota, fax o mail, deberá gestionarse en forma preferencial y ser remitida al ARC dentro de los veinte (20) días de la fecha de comunicado el pedido.

REGISTRO DE NOVEDADES DE AUTORIZACIONES, MODIFICACIONES Y BAJAS DE PRESTACIONES DIALITICAS

El ARC llevará el registro de altas, bajas y modificaciones según la información remitida por la UGP.

La UGP deberá llevar por su parte su propio registro actualizado de pacientes bajo tratamiento dialítico, informando las novedades de Altas, Bajas y Modificaciones al ARC, a través de la documentación antes mencionada. Las mismas serán incorporadas a los padrones a partir de la información aportada por la Jurisdicción.

La facturación de las prestaciones deberá coincidir con el listado de altas autorizadas. En su defecto y hasta tanto se resuelvan las diferencias, el padrón reconocido a los fines de su Autorización y Pago será el padrón actualizado producido por el ARC, debitándose los importes correspondientes a pacientes sin alta autorizada.

En el caso de constatarse las bajas o modificaciones con posterioridad al pago, la DNPM podrá proceder al débito retroactivo de las sumas abonadas, efectivizándolo sobre sumas a abonar por períodos subsiguientes.

La Provincia será la responsable primaria del control de los efectores de diálisis, de la efectiva realización del tratamiento y de la calidad de la prestación brindada a los afiliados.

SEGUIMIENTO DE AFILIADOS EN DIALISIS

Con el objeto de mantener actualizado el legajo de pacientes en tratamiento dialítico crónico y siendo cada UGP la responsable primaria del control y seguimiento de los afiliados en diálisis crónica, deberá solicitar a los responsables del tratamiento la

presentación semestral de la siguiente documentación que será conservada en las UGP, pudiendo ser requerida al momento de la auditoría:

1. Actualización del estado de inscripción en lista de espera para trasplantes:
2. Formulario del INCUCAI Inscripción en lista de Espera Renal (LI). Si el paciente no estuviere inscripto la UGP deberá contar en su legajo con una nota explicando los motivos de la falta de inscripción en lista de espera o de su condición de no receptor.
3. Formulario del INCUCAI Protocolo de Continuidad de Práctica Dialítica.
4. Cronograma de sesiones mensual firmado por el paciente o familiar a cargo, siendo éste la única constancia de asistencia y conforme del paciente con la prestación recibida.

REGISTRO DE PRESTADORES

La Provincia deberá remitir al comienzo de cada convenio y como parte integrante de su red, el listado actualizado de los Centros de Diálisis los que deberán estar inscriptos en el Registro de Prestadores de Diálisis del Sistema SINTRA del INCUCAI sin excepción.

Las UGP deberán confeccionar legajos individuales de los prestadores, los cuales pueden ser solicitados al momento de la auditoría en terreno, conforme a los siguientes puntos:

1. Formulario del INCUCAI Registro de Centro o Servicio de Diálisis(DRC) por SINTRA.
2. Copia de la habilitación del centro por autoridad competente (Municipal, Provincial y/o Nacional) firmada en original por el médico nefrólogo Director del Centro.
3. Copia de la inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud, firmada en original por el médico nefrólogo Director del Centro.

Cada Alta, Baja o Modificación de los centros integrantes de la red de efectores de diálisis de la UGP, deberá ser informada al ARC dentro de los diez (10) días hábiles de ocurridas.

NOTA: La DNPM, a través de la UGP, se reserva el derecho de no incorporar nuevos efectores o de solicitar la baja como prestador del Programa, de aquellos prestadores que no cumplan con las obligaciones exigidas, entre otras: cumplimiento de los plazos de información de ingreso de pacientes, presentación de legajos individuales, presentación de información médica requerida, presentación de las actualizaciones semestrales, mala atención de beneficiarios, no cumplimiento de la obligación de provisión de elementos, insumos, prestaciones y servicios incluidos dentro del módulo, denuncias reiteradas o que por su gravedad en sí mismas así lo justifiquen. De igual modo la DNPM podrá solicitar a la UGP la separación de un Centro de Diálisis de la Red Prestadora Provincial cuando los resultados terapéuticos del mismo no fuesen los esperados o estuvieren significativamente por debajo de la media general en cuanto a morbilidad, mortalidad y rehabilitación del paciente y ello sea atribuible a la baja calidad del tratamiento realizado.

PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL Y LA PRELIQUIDACION DE PRESTACIONES DIALITICAS

Dentro del Area de Control y Liquidación (C y L) se deberá confeccionar el expediente siguiendo el orden indicado en el Instructivo para el armado del expediente de facturación de diálisis.

Deberá realizarse el control sobre los requerimientos de facturación basado en el modelo indicado en Requisitos de Facturación.

La liquidación deberá ser realizada en base a la planilla presentada en el Modelo de liquidación.

El débito, en caso de corresponder, deberá indicarse de acuerdo al Modelo de planilla de débito.

El listado de pacientes autorizados (Informe de pacientes vigentes) se originará en el ARC sobre la base de lo descripto anteriormente en PROCEDIMIENTO GENERAL DE ALTAS y PROCEDIMIENTOS DE PRESENTACION DE DOCUMENTACION.

Nota de elevación

En la nota de elevación destinada al pago de la prestación, deberá constar el número de expediente como referencia, el prestador, la jurisdicción, el período (mes vencido), el número de factura, el importe neto. Comprometer, devengar y pagar por:

FUENTE

IPP

Se deberá realizar un control administrativo donde se dé respuesta como mínimo a los

puntos explicitados bajo el Título Control Administrativo.

El armado, el control administrativo y la verificación del expediente, deberán ser realizados por distintas personas a fin de efectuar un eficiente control por oposición.

Por último C y L deberá archivar definitivamente la copia del expediente de pago conformado para cualquier consulta posterior.

OBSERVACIONES FINALES

Es condición necesaria que el beneficiario se encuentre empadronado en el Programa, para poder tramitar el alta y el reconocimiento de las prestaciones brindadas.

El paciente que estuviere en tratamiento dialítico crónico con anterioridad a su incorporación como afiliado al Programa Federal de Salud, deberá continuar bajo su anterior cobertura o estará a cargo de LA PROVINCIA hasta tanto se registre su alta en el padrón del Programa, se presente el Legajo Individual para su evaluación, cuente con el alta para el tratamiento y se encuentre incorporado al padrón de beneficiarios en tratamiento dialítico de la UGP correspondiente.

Se autorizará la prestación bajo forma modulada, por mes y por paciente, según detalle de inclusiones detalladas en las presentes normas de procedimientos. Las prestaciones que eventualmente no estuvieren expresamente incluidas en el mismo será responsabilidad exclusiva de la Jurisdicción y consideradas dentro de su cápita.

Estas normas son aplicables tanto para afiliados en tratamiento hemodialítico como en DPCA, y es responsabilidad de las UGP la distribución de las mismas a todos los efectores de su red.

En el caso de pacientes que utilizan transporte para concurrir al tratamiento, desde el año 2006 el módulo de diálisis incluye este servicio hasta los 60 km de distancia entre el centro prestador y el domicilio del paciente (entre ida y vuelta). El control y seguimiento de estos casos será responsabilidad de las UGP, incluyendo la evaluación, auditoría, seguimiento y autorización de los mismos.

El reconocimiento del gasto será a través de la DNPM.

En el caso de pacientes en tránsito, que por diversos motivos deban permanecer no más de 30 días en otra jurisdicción y por tal motivo reciban tratamiento dialítico en otro centro prestador, se aclara que se trata de un acuerdo entre las partes (entre centro y centro) y que la DNPM no interviene en dicho acuerdo. El pago de las diálisis brindadas al afiliado durante su condición de paciente en tránsito, deberán ser facturadas por el centro prestador que recibe al paciente al centro que deriva (el que solicitó el alta a diálisis), teniendo en cuenta que este último recibirá el pago completo del módulo.

Toda copia de documentación que se presente ante el ARC la DNPM deberá estar avalada como copia fiel del original por el responsable de la Unidad de Gestión Provincial o el médico auditor de la misma. Cuando corresponda a copia de estudios, informes médicos o protocolos deberá constar que es copia fiel del original, pudiendo acreditarlo el profesional responsable del tratamiento o el nefrólogo director del centro de diálisis.

La UGP recibirá, controlará y conformará las facturas correspondientes a prestaciones dialíticas complementarias de hasta sesenta (60) días anteriores al mes de tramitación, cuando los prestadores no hubieren incluido a dichos pacientes en facturas previas.

Los débitos podrán ser reconsiderados en atención a la justificación y documentación respaldatoria pertinentes. La UGP podrá recibir, controlar, conformar y enviar a C y L las facturas correspondientes a débitos realizados dentro del plazo máximo de sesenta (60) días de la toma de conocimiento de los mismos.

La detección de pacientes dados de baja del padrón de Pensiones No Contributivas y en sistema SINTRA del INCUCAI, generará los débitos retroactivos correspondientes a aplicar sobre facturaciones subsiguientes.

La DNPM se reserva el derecho de solicitar a La Provincia los censos de los centros de diálisis y/o los certificados de supervivencia en aquellos casos que lo considere necesario.

El ARC se reserva el derecho de rechazar las altas solicitadas, realizar o solicitar a la UGP auditorías en terreno o requerir la realización de nuevos estudios en pacientes a ingresar o en tratamiento si lo considerase necesario. De igual modo podrá requerir información complementaria a los pacientes, familiares o efectores.

Los plazos previstos en las presentes Normas de Procedimientos deberán contarse por días corridos salvo que se hubiere consignado lo contrario.

MODULO DE TRATAMIENTO DIALITICO CRONICO

Objetivo:

Normatización del servicio y prestaciones recibidas por los beneficiarios del Programa.

Metodología:

Con el fin de satisfacer las necesidades del beneficiario del Programa, se autorizará la realización de esta prestación en el prestador elegido más cercano a su domicilio, o en Centro de Diálisis cercano a su residencia (a menos de 50 Km).

En los casos en que el paciente se encuentre bajo tratamiento, iniciado previamente a su incorporación al Programa, el Prestador deberá estar acreditado como tal y dentro de la Red Prestadora Provincial y cumplir con las exigencias del INCUCAI.

1. Para que estas prestaciones sean ofrecidas en un marco ecuánime, igualitario y solidario se ha conformado un módulo integral, el cual incluye:

Prestaciones: tratamiento dialítico específico, prácticas generales y especializadas diagnósticas y de control, diagnóstico por imágenes, realización, cuidado y tratamiento de las complicaciones de los accesos vasculares y peritoneales.

Insumos varios, material descartable, medicamentos intradiálisis y ambulatorios de uso crónico vinculados al tratamiento de base y todo otro insumo o medicamento requerido durante su sesión de diálisis.

Provisión de hierro endovenoso y eritropoyetina.

Estudios de laboratorio preingreso y de control periódico.

Traslados (se ajusta a Resolución Ministerial vigente al momento de la firma del convenio)

Refrigerio durante la sesión

1.1. Utilización de materiales descartables:

Filtro para Hemodiálisis cuya reutilización esté dentro de normativas que justifiquen las leyes vigentes y autoridad sanitaria jurisdiccional.

Set de guías arteriales y venosas descartables.

Bolsas de diálisis peritoneal de 500cc, 1000cc, 1500cc, y 5000cc, sistemas de doble bolsa de diferentes concentraciones, los correspondientes set de transferencia, conectores, catéteres peritoneales permanentes y sistemas de desconexión.

Guías de suero, intermediarios, prolongadores y protector de transductor de presión.

Jeringas descartables, barbijo, delantal, guantes, anteojos.

Concentrado de diálisis

1.2. Medicación

Acido fólico

Analgésicos, antiespasmódicos y/o antieméticos

Antihipertensivos, antiarrítmicos, vasodilatadores

Calcitriol oral y/o endovenoso

Carbonato de Calcio

Carnitina

Complejos vitamínicos B

Eritropoyetina

Fibrinolíticos (en procedimiento de cirugía de accesos vasculares)

Heparina

Antiácidos

Hierro oral e inyectable (se incluye formas IV)

Ranitidina y similares

Resinas de Intercambio iónico

Solución parenteral de todo tipo

Soluciones hipertónicas

Vasodilatadores

Vitamina B

Vitamina C

Vacunas Anti Hepatitis B y Antineumococo

Se proveerán los medicamentos mencionados o sus similares, de ser necesarios y durante la sesión de diálisis. Para uso ambulatorio se proveerá la medicación específica o complementaria del tratamiento de su IRCT, de acuerdo con sistemáticas terapéuticas y/o necesidad de cada paciente asistido.

1.3. Prácticas de laboratorio (Incluye el material descartable necesario)

a. Prácticas de laboratorio mensuales

Azoemia

calcemia

creatininemia

fosfatemia

hematocrito

TGO/TGP

Kalemia

Natremia

Glucemia en diabético.

b. Prácticas de laboratorio trimestrales

Colesterolemia

Glucemia

Hemograma completo

Lípidos totales

Albúmina plasmática

Coagulograma según necesidad

Pruebas de dinámica. Test de equilibrio peritoneal.

c. Prácticas de laboratorio semestrales

Serología para hepatitis B. HBS Antígeno.

Anti HBS cuantitativo con título <100 UI.

Serología para hepatitis C. Anti HVC. Método confirmatorio a criterio del equipo médico tratante.

Serología para HIV: Anti HIV 1 HIV 2. Método confirmatorio a criterio del equipo médico tratante

Ferritina plasmática. Transferrina. Reticulocitos

Parathormona.

Triglicéridos.

d. Prácticas de laboratorio anuales

Anti Core

Reacción de Chagas

Hbe / Anti Hbe a criterio del equipo médico tratante

VDRL

Brucelosis

e. Otras prácticas trimestrales: a criterio médico.

Rx de Tórax

ECG

1.4. Vía de acceso

Provisión y colocación de prótesis vascular / catéter subclavio, yugular o femoral

Derivación (by pass) de vasos periféricos con o sin injerto sintético.

Colocación de prótesis vasculares de PTF u otros materiales, stent periféricos necesarios para confeccionar o mantener la vía de acceso.

Tromboendarterectomía de vasos periféricos, con o sin arterioplastia. Incluye eventual toma de Parche venoso.

Tratamiento de aneurismas o cierre de fístulas arteriovenosas.

Estudios angiográficos para selección de vasos a utilizar como acceso o ante necesidad para control de su vía.

Intervencionismo endovascular, trombectomías, angioplastia de vasos de la fístula o bocas de

anastomosis con y sin colocación de stent.

Las prácticas detalladas incluyen Internación, Honorarios profesionales, Anestesiista, Medicamentos, material descartable general y especializado.

1.5. Hemoterapia

La totalidad de prácticas comprendidas en la transfusión de sangre o sus componentes. Incluye todas las prácticas bioquímicas exigibles por la Autoridad Sanitaria Jurisdiccional o consideradas necesarias y el material descartable utilizado.

1.6. Prácticas de urgencia

Todas aquellas necesarias como consecuencia de una complicación intradialítica o posterior inmediata a la misma. Se limita a la asistencia en situaciones de urgencia hasta el traslado a centro asistencial que corresponda, dispuesto por la UGP.

1.7. Traslados:

Desde el lugar de residencia del paciente hasta el centro de diálisis y regreso a su domicilio, por distintos medios de transporte y de ser necesario incluye al traslado en silla de ruedas o camilla. Al momento de la elaboración de estas normas, bajo Resolución Ministerial N°2297/10, se establece la cobertura del traslado hasta los 30 km de distancia entre el domicilio del paciente y el del prestador (60 km entre ida y vuelta). El gasto del excedente de kilometraje, previa auditoría y autorización de las UGP, será reconocido a través de la DNPM. Este criterio queda sujeto a modificaciones establecidas en futuras Resoluciones.

1.8. Otras inclusiones:

Comunicación permanente de urgencia las 24 horas, entre el paciente y el Centro de Diálisis con el fin de evacuar consultas.

Refrigerio durante la sesión. Líquido y sólido.

Incluye la distribución gratuita a cada paciente de instructivos, explicativos, etc. en los que se incluye sus derechos y obligaciones.

Listado de Formularios

Solicitud de Registro de paciente en Diálisis

Cronograma de sesiones

Conformidad del afiliado (cambio de centro/modalidad)

Modelo instructivo para el armado del expediente de facturación de diálisis

Requisitos de facturación

Modelo de liquidación

Modelo de planilla de débito

SOLICITUD DE REGISTRO DE PACIENTE EN DIALISIS

Por la presente se solicita autorización para el ingreso a diálisis crónica del beneficiario/a cuyos datos se detallan a continuación:

Apellido y Nombre/s

N° de Beneficio de - - - - GP

Fecha de nacimiento Sexo

Domicilio: Calle N°

Piso Depto. C.P. Tel.

Localidad/ Provincia /

Diagnóstico de base: _____

Centro Prestador:

Establecimiento

Domicilio: Tel:

Localidad/ Provincia /

AUTORIZADO (Para ser completado por la DNPM)

Firma y sello responsable de UGP

Fecha

Fecha de alta

OBSERVACIONES

.....
.....

3 II- DATOS MINIMOS PARA LA EMISIÓN DE LOS COMPROBANTES		
1. Estar extendidos a nombre de MINISTERIO DE SALUD		
2. Domicilio: AV. 9 DE JULIO 1925-CABA-CP 1332		
3. IVA: EXENTO		
4. CUIT: 30-54666342-2		
5. Numero de Código del PRESTADOR		
6. Numero de Acto Administrativo		
7. Periodo de vigencia del acto administrativo		
8. Importe en letras y números		
9. Periodo Facturado. Se incluirá un solo mes en cada factura		
10. Firma y sello de los responsables autorizados para la firma del comprobante		
11. La Presentación del comprobante se debe realizar a MES VENCIDO de la prestación del servicio.		
12. Los comprobantes no podrán contener: enmiendas, tachaduras ni raspaduras, las mismas deberán ser salvadas de puño y letra y con la firma y aclaración del responsable autorizado a firmar el comprobante		
13. Se ajusta a la normativa vigente: se ingresa el original con la documentación respaldatoria en caso de corresponder, se deja constancia de la "FECHA DE INGRESO".		
14 ^a .) No se ajusta a la normativa vigente: Si la factura se presento en forma personal, se devuelve en el mismo acto indicando los errores para su corrección		
14b.) Si la presentación se efectuó por otra vía se procede a registrar la factura y se devuelve al prestador con una nota indicando el motivo del rechazo..		

(A) RESPONSABLE DEL CONTROL EN M. E. y S.

.....
(Firma y Aclaración)

(C) RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN

.....
(Firma y Aclaración)

MODELO DE LIQUIDACION



Ministerio de Salud
Subsecretaría de Políticas, Regulación
y Relaciones Sanitarias
Dirección Nacional de Prestaciones Médicas

LIQUIDACIÓN PRO-FE Nº:

Prestador Nº: -

Convenio Nº:

Acta Ac. Nº: -

.....
DATOS

Periodo (Mes-Año): -

Comprobante:

Número:

.....
MODULO

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Cápita | <input type="radio"/> Discapacidad |
| <input checked="" type="radio"/> Fuera de Cápita | <input type="radio"/> PAMI |
| <input type="radio"/> Conv. Especial | <input type="radio"/> (otros) |

FACTURACION		IMPORTE A ACREDITAR	IMPORTE
IMPORTE	DEBITO	AL FONDO B.F.A.C.	LIQUIDADO AL

DNASA, Tobramicina aerosolizada en fibrosis quística.
Interferón beta 1a-1b, copolímero -1
Somatotrofina
Riluzole
Enzimas de reemplazo para determinadas enfermedades lisosomales (mucopolisacaridosis I, I, IV)
Interferón pegilado, lamivudina, Adefovir dipivoxil, ribavirina, entecavir, telvibudina (Hepatitis crónica)
Agalsidasa (Enfermedad de Fabry)
Medicamentos Biológicos y Anticuerpos Monoclonales: Etanercept, Imatinib, Infliximab y Rituximab.
Factor VIIA Recombinante
2) Patologías cuyo reintegro está relacionado con la ejecución de la provisión de insumos específicos o realización de la práctica.
Trasplantes
Evaluación Pretrasplante
Módulo de control postrasplante
Módulo de Estudios de Histocompatibilidad
Módulo de Procuración de Organos
Radioneurocirugía
Embolización Selectiva de Vasos Intracraneos con Aplicación de Coils, Partículas o Productos Trombosantes
Tratamiento agudo, primeros 30 días, del gran quemado con más del 10 por ciento de la superficie corporal afectada.
Neurocirugía Estereotáxica.
Neurocirugía y Cirugías Cardiovasculares.
Cardiodesfibrilador implantable.
Implante coclear.
Instrumentación de columna (de 6 o más niveles)

Bomba de Baclofeno

Sillas de ruedas

1. PRESTADORES

Cada una de las provincias debe brindar la prestación médica o provisión de los medicamentos y luego solicitar el reintegro de acuerdo con las normativas del Ministerio de Salud de la Nación. Las prestaciones y provisiones se financiarán hasta el monto máximo establecido según valores y normas del Nomenclador de Hospitales de Gestión Descentralizada Resolución 1230/2008 Ministerio de Salud de la Nación, presupuestos presentados, estimaciones propias o valores de referencia reconocidos por la DNPM, según corresponda, debiendo La Provincia atender con sus propios recursos las sumas que pudieren exceder del monto global establecido o indicado.

2. BENEFICIARIOS

Las prestaciones incluidas en ALCANCE DE LA COBERTURA están dirigidas a todas aquellas personas que reciben algún tipo de pensión (no contributiva o graciable), y que se encuentren incorporadas al Programa Federal de Salud. Aquellas con prestaciones crónicas deben estar incorporadas en el Consolidado Prestaciones PACBI.

3. DOCUMENTACION REQUERIDA

Tramitación de alta en consolidado:

Fotocopia de Orden de Pago Previsional (OPP) y Fotocopia de Documento Nacional de Identidad -D.N.I.- del afiliado, según normas vigentes.

Prescripción médica: realizada por médico especialista.

La prescripción deberá incluir:

Apellido y nombre del beneficiario, N° de beneficio, Edad, Sexo.

Indicación efectuada: cuando se trate de solicitudes de medicamentos, se hará constar el detalle de monodrogas indicadas, con dosificación diaria y período cubierto por la prescripción.

Firma y sello del profesional actuante.

Fecha: la prescripción será válida por el término de treinta (30) días para la realización de prácticas y/o primera entrega de medicamentos.

Cuando corresponda a medicamentos de uso crónico incluidos dentro de las PACBI, la prescripción podrá indicarse por un máximo de noventa (90) días de tratamiento.

Si se tratara de una práctica terapéutica deberá constar la fecha de realización, si la misma fue realizada como programada o de urgencia y fotocopia de la documentación médica de respaldo avalada por auditor médico de la UGP.

En caso de prestaciones carentes de urgencia médica y como tal programables, la fecha de prescripción del insumo o prestación tendrá una validez de seis (6) meses retroactivos a la fecha de realización. Vencido dicho plazo, la prescripción deberá estar ratificada y/o actualizada por médico especialista del servicio tratante.

Historia Clínica completa, legible, con la información que fundamente la prescripción y/o la realización de la práctica cuyo reintegro se tramita.

Contenidos mínimos de la Historia Clínica:

Apellido y nombre del beneficiario. N° de beneficio. Fecha de nacimiento - Edad. Sexo.

Datos del Médico de cabecera/tratante.

Presunción diagnóstica de patología actual.

Antecedentes.

Estudios complementarios practicados (detalle de aquellos que corresponden al diagnóstico).

Estado actual.

Tratamiento indicado/efectuado.

Evolución clínica, citando complicaciones o interurrencias.

Firma y sello aclaratorio del médico.

Lugar y fecha.

Documentación específica según tipo de provisión acorde a lo detallado en cada apartado.

Tramitación de reintegro

Formulario de Solicitud de reintegro: según norma general.

Fotocopia de la Orden de Pago Previsional.

Fotocopia del Documento del beneficiario/s.

Prescripción médica actualizada o fotocopia certificada, donde conste el diagnóstico que motiva la prescripción, detalle de la medicación por droga genérica indicando: dosificación, período de tratamiento, forma de presentación, cantidad de envases solicitados, etc.

Resumen de Historia Clínica con diagnóstico actualizado que justifique la indicación médica, dosis diaria y mensual. Deberá constar el tiempo de evolución de la patología, peso, talla y superficie corporal según corresponda.

Documentación respaldatoria específica, según patología.

Factura del medicamento según norma general.

Se adjuntará a la receta el troquel correspondiente a cada envase entregado o fotocopia certificada del mismo. Cuando corresponda a adquisición en envase hospitalario fraccionable o sin troquel identificador se aclarará en la constancia de recepción, en números y letras, la cantidad de unidades entregadas.

Constancia de recepción firmada por el beneficiario o familiar responsable aclarando el grado de parentesco.

4. PLAZOS

A los efectos de no demorar la información de cada nuevo caso, la UGP remitirá la documentación médica y administrativa necesaria para la confección del Legajo Individual del paciente con PACBI, dentro de los treinta (30) días de iniciado o realizado el tratamiento.

Para el caso de provisión de medicación de uso crónico incluida en PACBI en que el Legajo Individual haya sido recibido en la DNPM con posterioridad al plazo antedicho, se podrá reconocer retroactivamente y como excepción, las provisiones realizadas durante los sesenta (60) días previos a la presentación del mismo, por lo cual lo correspondiente a períodos anteriores quedará a exclusivo cargo de LA PROVINCIA. La DNPM podrá, ante

situación de excepción justificada, extender dicho plazo.

La UGP informará en forma mensual las novedades producidas en el listado de pacientes en tratamiento crónico al cierre de cada mes, adjuntando a su informe la documentación respaldatoria que correspondiese a: Altas (ingreso de nuevos pacientes), Bajas (suspensión del tratamiento, traslado a otra jurisdicción, óbito) y Modificaciones en el esquema terapéutico. La base central de datos de pacientes en tratamiento crónico se actualizará mensualmente en el APM, conforme a la información recibida de las UGP u otras vías de información.

5. Normativas particulares:

A. ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA DEL PANCREAS

Inclusiones:

Tratamiento farmacológico con DNASA

Tratamiento farmacológico con Tobramicina aerosolizada para tratamiento de las neumonías por pseudomona aeruginosa, avalada por cultivo y antibiograma de esputo, lavado o cepillado bronquial.

Asesoría en el ámbito institucional en la temática referida.

Exclusiones:

Traslado de pacientes y familiares.

Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención, de pacientes y familiares.

Diagnóstico de la enfermedad de base y sus interurrencias.

Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.

B. ESCLEROSIS MULTIPLE (EM)

Criterios de Inclusión:

1. Forma Remitente Recidivante.
2. Forma Secundaria Progresiva clínicamente activa.

Criterios de Exclusión:

1. Embarazadas.
2. Pacientes sin signos clínicos e imagenológicos.
3. Forma Secundaria Progresiva no activa.
4. Forma Primaria Progresiva sin respuesta al tratamiento.

Información específica que se deberá enviar para conformar el Legajo del afiliado:

- a) Resumen de Historia Clínica, con Diagnóstico (forma clínica).
- b) Informe de RMN con lesiones compatibles con EM

Inclusiones:

Interferón beta 1a-1b

Copolímero - 1

Exclusiones:

Idem anterior

C. ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA (ELA)

Se reconocerá Riluzole para el tratamiento de la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA).

No se reconocerá trámite de reintegro en otras formas de enfermedad de la neurona motora.

Criterios de inclusión:

- 1) Capacidad vital forzada (CVF) mayor al 60 por ciento.
- 2) Sin Traqueotomía

Información específica que se deberá agregar a la general, para conformar el Legajo Individual del afiliado:

- a) Historia Clínica completa, con Diagnóstico.
- b) Estado evolutivo actual del paciente.
- c) Informe de CVF.

Inclusiones:

Riluzole

Exclusiones:

Idem anteriores

D. DEFICIT DE HORMONA DE CRECIMIENTO (STH)

Criterios de inclusión:

1. Déficit de la hormona.
2. Insuficiencia Renal Crónica.
3. Síndrome de Turner.
4. Síndrome de Prader - Willi
5. Panhipopituitarismo posquirúrgico por resección tumoral

Criterios de exclusión:

1. Niños con baja estatura idiopática.
2. Niños que están recibiendo Hormona de Crecimiento y que presenten: edad ósea igual o mayor a 14 años en niñas y 16 años en varones. incremento de velocidad de crecimiento menor a 2 cm por año luego de un año de tratamiento. cierre de los cartílagos de crecimiento.

Información específica que se deberá enviar para conformar el Legajo Individual del afiliado:

1. Resumen de Historia Clínica.
2. Nivel sérico de Hormona de Crecimiento.
3. Estudio genético en el Síndrome de Turner y en el Síndrome de Prader- Willi
4. Tabla de crecimiento pondo estatural.
5. Edad ósea.

Inclusiones:

Hormona de Crecimiento (Somatotrofina)

Exclusiones:

Idem anteriores

E. TRANSPLANTE DE ORGANOS:

Se dará cobertura en los siguientes casos:

1) Médula Osea:

Aplasia medular idiopática o adquirida no secundaria a invasión neoplásica.

Tumores hemáticos (linfomas, leucemias).

Mieloma múltiple.

Otros casos, con el aval de Sociedad Científica Nacional.

Se reconocerá el reintegro por recolección y criopreservación de células progenitoras en médula ósea y/o sangre periférica.

2) Renal

Con donante vivo relacionado.

Con donante cadavérico.

3) Cardíaco

4) Cardiopulmonar

5) Pulmonar

6) Hepático

Con donante vivo relacionado.

Con donante cadavérico.

7) Renopancreático

8) Páncreas

9) Intestino

10) Masivo de Hueso para casos de

Cirugía de tumores óseos.

Cirugía de malformaciones óseas congénitas.

11) Córnea

Inclusiones:

Estudios inherentes a la evaluación técnica o viabilidad médica del transplante (evaluación pretransplante) que no estén incluidos en el seguimiento habitual para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la enfermedad de base.

Gastos de procuración del órgano y/o tejido que corresponda, de estudios de histocompatibilidad y cirugía de ablación (cuando corresponda).

Procedimiento quirúrgico específico bajo modelo modular integral.

Estudios y evaluaciones de seguimiento específico del trasplante (estudios postrasplante) a fin de verificar la viabilidad del órgano trasplantado.

Medicación inmunosupresora en la etapa posterior a la realización de los trasplantes detallados anteriormente, de por vida. (Ver apartado de medicación inmunosupresora).

El módulo incluye la evaluación del donante en los trasplantes vivos relacionados.

Asesoría institucional en la temática transplantológica.

Exclusiones:

Idem anteriores.

Complicaciones que excedan el módulo de trasplante (prolongación de internación, reintervenciones, reinternación por interurrencias).

Trasplantes en el extranjero.

Módulo de evaluación pretrasplante

Es el conjunto de prácticas de diagnóstico que permiten considerar al paciente como receptor.

Documentación específica requerida para autorizar su financiamiento:

formulario SINTRA que demuestre la prestación realizada y fiscalizada por el INCUCAI.

Constancia de cumplimiento del requisito legal en caso de donantes menores de 18 años, para trasplante alogénico de médula ósea.

Informe psicosocial y ambiental que evalúe las condiciones ambientales necesarias para la evolución postrasplante (Anexo 3)

Si del informe social surgiera que las condiciones de la vivienda son inadecuadas para la permanencia postrasplante, LA PROVINCIA arbitrará los medios para solucionar esta situación.

Constancia de inscripción en lista de espera del INCUCAI

Módulo de estudios de histocompatibilidad

Documentación específica requerida para autorizar su financiamiento:

formulario SINTRA que demuestre la prestación realizada y fiscalizada por el INCUCAI.

Constancia de inscripción en lista de espera del INCUCAI

Módulo de trasplante

Documentación específica requerida para autorizar su financiamiento:

formulario SINTRA que demuestre la prestación realizada y fiscalizada por el INCUCAI.

Constancia de baja en lista de espera del INCUCAI debido al trasplante.

Módulo de procuración de órganos

Documentación específica requerida:

Debe constar el N° del operativo y el organismo de procuración en la solicitud, luego de realizado y acreditado el trasplante.

Módulo Cross-Match contra donante:

Gastos originados en la distribución operativa de los órganos, excluidas del módulo de procuración, se facturan a la cobertura del receptor del órgano reconociéndose el número que se requiera en cada distribución de órganos:

Distribución renal hasta 15 (quince) determinaciones por cada riñón Distribución de otros órganos no renales hasta 5 (cinco) determinaciones por órgano

Citometría de flujo hasta 5 (cinco) determinaciones por cada riñón

Módulos de operativos terrestre y aéreo

Se reconoce el valor de los módulos de operativos terrestres y aéreos como valores autónomos a los mencionados precedentemente, siempre que sean facturados en forma independiente por el INCUCAI u Organismo Regional o Jurisdiccional hasta los importes previstos en el inciso g) del Anexo Unico de la Resolución N° 31/97 -INCUCAI- (y sus actualizaciones).

Valor Módulo Operativo Terrestre: Pesos cuatrocientos (\$ 400.-).

Valor Módulo Operativo Aéreo: prorrateo del importe de la factura de transporte aéreo entre todos los órganos procurados en dicho operativo. Por lo expuesto, en estos casos, tanto el INCUCAI como asimismo todos los organismos jurisdiccionales deberán presentar, junto con la demás documentación, copia de la facturación del transportador aéreo y listado

de órganos procurados en el operativo.

MODULO POSTTRANSPLANTE

Documentación específica requerida

Prescripción médica según requisitos generales. Deberá estar confeccionada por médico especialista.

Historia clínica: podrá ser realizada por el centro de referencia donde se efectúen los controles.

Se deberán adjuntar los resultados correspondientes al control realizado (con detalle de estudios efectuados y fecha) y copia del protocolo de dosaje de medicación inmunosupresora.

OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL TRASPLANTE:

a) La procuración se reconocerá a valores de la Resolución 31/97 -INCUCAI, o sus modificatorias. Podrán facturar a la UGP tales servicios el INCUCAI u Organismo Regional del mismo, en caso de ser uno de éstos el actuante.

b) Toda presentación relacionada con trasplantes deberá incluir la constancia o formulario SINTRA correspondiente.

c) No se aceptará la tramitación de prácticas de trasplantes en el exterior.

d) Los procedimientos no incluidos en la siguiente normativa o que deban ser realizados por derivación de LA PROVINCIA a efectores privados autorizados, tendrán como valor techo de reconocimiento hasta el ochenta por ciento (80 por ciento) de los valores de referencia utilizados o reconocidos por la Administración de Programas Especiales (APE), quedando el excedente a cargo exclusivo de LA PROVINCIA.

e) En evaluación de seguimiento postransplante, la DNPM cubrirá durante el primer año post trasplante los módulos de seguimiento específico; quedando a posteriori incluidos en la transferencia financiera a la Provincia (cápita).

f) a medicación inmunosupresora se cubrirá a partir del alta del Trasplante y de por vida, según normativas de la DNPM.

g) Para el seguimiento de los afiliados transplantados deberá remitirse semestralmente la planilla que se adjunta a la presente.

Normas de Procedimiento específicas para la gestión de trasplantes.

Todos los posibles receptores a quienes se les indique un trasplante deberán estar inscriptos en la LISTA DE ESPERA correspondiente, incluso para aquellos que aguarden un órgano o tejido de un donante vivo. El Sistema Nacional de Información (SINTRA) a través de la Resolución 110/05 del INCUCAI reglamenta los nuevos procedimientos de inscripción, actualización, exclusión y reingreso a LISTA DE ESPERA, como así también la situación en LISTA DE ESPERA de los pacientes en diálisis. Todos los formularios y constancias que utiliza y emite el Sistema Nacional de Información tienen carácter de declaración jurada.

La inscripción en LISTA DE ESPERA se realiza utilizando el Módulo 2 del SINTRA ya que permite los siguientes procesos:

Actualización de la información (agrega nuevos estudios, cambio médico o equipo a cargo del paciente, el financiador, actualiza datos personales, etc, en la ficha personal del paciente).

Registro de la situación en LISTA DE ESPERA del paciente (instrumenta la exclusión transitoria o permanente de potenciales receptores que están inscriptos en LISTA DE ESPERA y autoriza el reingreso a la misma de aquellos potenciales receptores con exclusión transitoria).

Registro de la situación en LISTA DE ESPERA de dializados.

Certificación de ablaciones, implantes y rechazos.

La única manera de realizar estos procesos es a través del SINTRA.

No existe otro procedimiento.

Los procesos se instrumentan con formularios diseñados y codificados según las normas vigentes y se encuentran disponibles en una versión on line para visualizar en el monitor y un diseño pdf para ser utilizado en papel.

El SINTRA permite que el actor que interviene en cada proceso administrativo-operativo

interactúe directamente con el sistema, agilizando los procedimientos, evitando problemas de escritura y lectura e identificando fácilmente a los responsables que participan de las diferentes etapas.

El resultado es lograr una fiscalización más simple.

Los actores intervinientes en el proceso de inscripción en LISTA DE ESPERA son:

Centro de Diálisis: Indica la evaluación pre trasplante de potenciales receptores incluidos en el Registro Nacional de Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT).

Financiado: Autoriza el financiamiento de los módulos de pre trasplante y trasplante.

Equipo de Trasplante: Indica la evaluación pre trasplante de potenciales receptores no incluidos en el Registro Nacional de IRCT y realiza todas las evaluaciones pre trasplantes.

Laboratorio de Histocompatibilidad: Realiza los estudios inmunológicos de potenciales receptores en las LISTAS DE ESPERA que corresponda.

Organismo Jurisdiccional de Ablación e Implante: fiscaliza el proceso de inscripción en LISTA DE ESPERA.

Funciones y responsabilidades de los actores

Centro de Diálisis

Aclarar la situación en LISTA DE ESPERA de todos sus pacientes en diálisis.

Indicar si corresponde la evaluación pre trasplante de sus pacientes en diálisis.

Actualizar Registro Nacional de IRCT (informa ingresos o reingresos [DRI o DRIR], interrupciones [DEM], actualización de tratamientos, actualización de los datos del Centro de Diálisis y de sus profesionales).

Financiado

Autorizar el financiamiento de las evaluaciones pre trasplante y trasplante de los beneficiarios que lo requieran.

Equipo de Trasplante

Iniciar los procesos de inscripción y la evaluación pre trasplante de potenciales receptores no incluidos en el Registro Nacional de IRCT.

Completar las evaluaciones pre trasplante en los procesos de inscripción.

Actualizar las fichas personales de potenciales receptores inscriptos.

Informar exclusiones y reingresos en LISTA DE ESPERA de potenciales receptores.

Enviar al Organismo Jurisdiccional de Ablación e Implante los certificados de Ablación e Implante.

Enviar al Organismo Jurisdiccional de Ablación e Implante las constancias de rechazo de ofrecimientos de órganos y tejidos durante las distribuciones.

Laboratorio de Histocompatibilidad

Completar los estudios inmunológicos en los procesos de inscripción y actualizar las fichas personales de potenciales receptores.

Organismo Jurisdiccional de Ablación e Implante

Tareas de fiscalización del Módulo 1 (Registro Nacional de IRCT).

Tareas de fiscalización del Módulo 2 (LISTA DE ESPERA de órganos y tejidos).

Tareas de fiscalización del Módulo 3 (Registro Nacional de Procuración y Trasplante).

INCUCAI

Fiscaliza a los Organismos Jurisdiccionales de Ablación e Implante a través de la Dirección Científico-Técnica y Médica.

Departamento de Informática (asegura la disponibilidad y el funcionamiento del SINTRA las 24 horas del día, los 365 días del año, implementa nuevas resoluciones, corrige problemas informados, crea la documentación necesaria para el sistema y asiste técnicamente frente a un requerimiento).

NORMAS PARA LA AUTORIZACION DE TRASPLANTES

A partir de la Resolución 110/05 del INCUCAI existe un nuevo proceso de inscripción en LISTA DE ESPERA que es único para todas las listas y utiliza un conjunto de formularios y constancias diseñados especialmente para ese objetivo.

COMO SE INICIA EL TRAMITE

Todos los potenciales receptores a quienes se le indique un trasplante deberán estar inscriptos en la LISTA DE ESPERA correspondiente. Los órganos o tejidos provenientes

de donantes cadavéricos serán distribuidos y los provenientes de donantes vivos serán asignados directamente sin distribución, según las normas vigentes.

QUIEN REALIZA LA INSCRIPCION EN LISTA DE ESPERA (LE)

El médico de cabecera del beneficiario o el especialista a quien él derivó al paciente en cuestión, confirma el diagnóstico de enfermedad crónica terminal; transformándose el trasplante en una alternativa terapéutica posible.

Luego de realizada la consulta en un centro de trasplante, el jefe o subjefe del Equipo de Trasplante o para el caso de los pacientes en diálisis, el Director Médico del Centro de Diálisis, le indican al potencial receptor la evaluación pre trasplante, iniciando así el proceso de inscripción en LISTA DE ESPERA. Para ello, deberá completar el formulario 20 - LE.

CUALES SON LOS PASOS QUE SE DEBEN SEGUIR

Registrada la indicación de evaluación pre trasplante, el PRO FE debe autorizarla y confirmar la institución donde se realizará la cirugía. Se debe completar el formulario 21 - LE o constancia C 21.

Elegido el formato pdf (papel), se imprime, sella, firma (responsable UGP o firma autorizada del Financiado) y se envía al Organismo Jurisdiccional de Ablación e Implante (delegación provincial del INCUCAI) correspondiente al domicilio del potencial receptor. Una vez que el Organismo Jurisdiccional de Ablación e Implante recibió la constancia C 21, le notifica al Equipo de Trasplante para que cumpla con la evaluación pre trasplante que deberá completarse dentro de los 90 días. Pasada esa fecha, el sistema creará mensajes de advertencia al Equipo de Trasplante y al Organismo Jurisdiccional de Ablación e Implante fiscalizador. Si el Financiado autorizó la constancia C 21 el proceso continuará. Si no lo hace, la inscripción en LISTA DE ESPERA se interrumpe, debiendo indicar por nota los motivos de la misma (por ej.: condición habitacional inadecuada del receptor).

La autorización de financiamiento de evaluación pre trasplante podrá modificarse siempre y cuando no se haya registrado en el SINTRA los resultados de la evaluación mediante el formulario 22 - LE. En este caso, el Financiado deberá volver a enviar la constancia C 21 al Organismo Jurisdiccional de Ablación e Implante.

Desde el momento que la indicación de evaluación pre trasplante quedó fiscalizada por el Organismo Jurisdiccional de Ablación e Implante correspondiente al domicilio del potencial receptor, el paciente recibirá por correo postal su cuenta de acceso al SINTRA que lo habilitará a consultar su ficha personal y la evolución de su proceso de inscripción en LISTA DE ESPERA.

RESULTADOS DE LA EVALUACION PRE TRASPLANTE

APTO: continúa el proceso. El Equipo de Trasplante deriva al paciente a realizar los estudios inmunológicos.

El laboratorio que los completó elabora el formulario 23 - LE. Simultáneamente, el Financiado completará dentro de los 30 días la autorización del trasplante.

Pasada esa fecha, el sistema creará mensajes de advertencia al Equipo de Trasplante y al Organismo Jurisdiccional de Ablación e Implante fiscalizador.

NO APTO TRANSITORIO: el proceso queda abierto hasta que el Equipo de Trasplante cambie esta situación.

Esta situación no puede superar los 12 meses, después del cual el proceso de inscripción quedará interrumpido.

NO APTO DEFINITIVO: el proceso de inscripción se interrumpe sin posibilidades de continuar.

El Equipo de Trasplante imprimirá la constancia C 22 y la enviará al Organismo Jurisdiccional de Ablación e Implante.

Una vez emitida la constancia C 22, el Organismo Jurisdiccional de Ablación e Implante notificará al Financiado para que complete la autorización del trasplante (segundo formulario C 21).

OBSERVACIONES FINALES

En relación con el trasplante de médula ósea se considera bajo cobertura la criopreservación de células progenitoras, paso previo al trasplante mencionado.

No serán cubiertos trasplantes en el extranjero.

F. CIRUGIAS CARDIOVASCULARES Y NEUROCIRUGIAS

Inclusiones:

Intervenciones Nomenclador de Hospital Público de Gestión Descentralizada Resolución 1230/2008 MSN

Cirugías Cardiovasculares: Códigos del Nomenclador de HGD: 10.04, 10.05, 11.04, 13.04.

Cirugía cardiovascular sin circulación extracorpórea, Cirugías de cardiopatías congénitas, valvulopatías, arco aórtico, sistema pulmonar, by pass.

Cirugía cardiovascular con circulación extracorpórea, Cirugías de revascularización miocárdica, puentes y anastomosis, reemplazos valvulares, aneurismas, cardiopatías congénitas, cirugías combinadas.

Valvuloplastia pulmonar y aórtica, Valvuloplastia mitral, Embolizaciones de vasos múltiples, Angioplastias de estenosis de vasos pulmonares, Angioplastias con Rotablator.

Cirugías de: aneurisma tóraco-abdominal, de aneurisma aorta abdominal o arterias iliacas.

Cirugía de las ramas aórticas viscerales, de la arteria renal, de la hipertensión portal (anastomosis porto cava, espleno-renal, mesentérico-cava, etc.)

By pass de aorta torácica a aorta abdominal o sus ramas.

Reoperaciones del sector aórtico abdominal (trombosis, pseudo aneurismas, extracción de prótesis, fístulas)

Fístulas arteriovenosas intra-abdominales o torácicas.

Cirugía del sector aortoiliaco: endarterectomías, reemplazos (incluye simpaticectomía).

Neurocirugía: Código del Nomenclador de HGD: 5.03

Malformaciones venosas cerebrales o medulares, tumores medulares, tumores de la convexidad, aneurismas arteriales intra craneanos.

Nota: En los casos en que se requiera material protésico o de implante, asociados a las prácticas reconocidas precedentemente, se podrá gestionar el reintegro de los siguientes elementos:

prótesis valvulares, vasculares, anillos valvulares, sistemas de derivación de líquido cefalorraquídeo, catéter PIC, Stent coronarios y coils de embolización; de no haberse presupuestado con el procedimiento específico y dentro de los topes reconocidos para el rubro o procedimiento.

Exclusiones:

Idem anteriores

G. NEUROCIRUGIA ESTEREOTAXICA

Inclusiones:

Práctica modulada específica, cuando no fuere posible realizar o estuviere contraindicada la cirugía convencional, por procedimiento modulado completo.

Exclusiones:

Idem anteriores

De excederse el valor de referencia, la diferencia estará a cargo de LA PROVINCIA.

H. RADIONEUROCIRUGIA

Inclusiones:

Práctica modulada específica por tratamiento completo. El número de aplicaciones y dosis que fueren necesarias, incluyendo el retratamiento de recidivas dentro de los 6 meses de realizado. Procedimiento reconocible cuando no fuere posible realizar o estuviere contraindicado el tratamiento quirúrgico o radioterápico (Telecobalto o Acelerador Lineal de partículas) convencional. El valor de referencia será establecido por la DNPM. Excedentes a cargo de la Jurisdicción.

Exclusiones:

Idem anteriores

I. EMBOLIZACION SELECTIVA DE VASOS INTRACRANEANOS CON APLICACION DE COILS, PARTICULAS O PRODUCTOS TROMBOSANTES, POR MODULO COMPLETO.

Inclusiones:

Práctica modulada específica por el procedimiento de Neurointervencionismo endovascular,

embolización de coils, partículas o productos trombosantes, en aneurismas o malformaciones arteriovenosas del SNC, cuando no fuere posible realizar o estuvieren contraindicados los tratamientos convencionales. Se reintegrará por procedimiento modulado completo, independiente del número de sesiones requeridas. El valor de referencia será establecido por la DNPM. Excedentes a cargo de la Jurisdicción.

Exclusiones:

Idem anteriores

J. INSTRUMENTACION DE COLUMNA (ANTERIOR, POSTERIOR O AMBAS)

Se dará cobertura al material de implante específico en los casos de Escoliosis idiopática del niño o adolescente que involucre 6 o más niveles.

Inclusiones:

Material de instrumentación específico de estabilización anterior y/o posterior, de producción nacional, prescripto sin indicación de marca o modelo exclusivo correspondiente a una empresa proveedora.

Exclusiones:

Idem anteriores

De adquirir la UGP material que no se ajuste a lo anterior, luego de la evaluación particular del caso y opciones alternativas, la DNPM determinará su correspondencia o reconocerá el importe menor del material alternativo, en esta situación el excedente quedará a cargo exclusivo de LA PROVINCIA.

K. TRATAMIENTO AGUDO DEL GRAN QUEMADO DE MAS DEL 10 por ciento DE LA SUPERFICIE CORPORAL

Inclusiones:

Práctica modulada específica según valores del HGD código 28.03, durante los primeros 30 días de internación.

Exclusiones:

I. Idem anteriores

J. Días excedentes.

L. CARDIODESFIBRILADOR IMPLANTABLE (NO RESINCRONIZADOR)

Se dará cobertura en los siguientes casos:

1. Síndrome de Brugada
2. Episodios de muerte súbita por arritmia ventricular refractaria a los antiarrítmicos y fracción de eyección VI > del 20 por ciento, con EEF que demuestre inducción de arritmia ventricular sostenida con fallo de bomba.

Inclusiones:

Cardiodesfibrilador (CDF) mono y bicamerales, con electrodos epicárdicos o endocárdicos.

Documentación específica requerida:

1. Prescripción médica: deberá ser confeccionada por médico especialista, dejando clara constancia de detalle del tipo de CDF y sus características. El resto de las condiciones, según norma general.
2. Historia Clínica: según norma general. Deberá adjuntarse estudio electrofisiológico informado por Médico electrofisiólogo.
3. Certificación del implante efectuado adjuntando sticker, garantía y certificado de registración en copia autenticada por Responsable de la UGP.
4. Presupuestos: según norma general.

Exclusiones:

Resincronizador. De haberse provisto CDF con Resincronizador, la DNPM reconocerá hasta el valor de un CDF, quedando el excedente a cargo exclusivo de LA PROVINCIA.

Idem anteriores.

M. IMPLANTE COCLEAR

Las normas, requisitos y condiciones para acceder al reintegro se ajustan al Programa para el Otorgamiento de Subsidios por Implante de Prótesis Cocleares según Resolución N° 1276/02 - APE.

Documentación específica requerida:

1. Estudios preimplante

1.1. Estudios Audiológicos

Otoemisiones Acústicas.

BERA (Potenciales Evocados de Tronco Cerebral).

Audiometría Tonal a Campo Libre sin audífonos.

Audiometría Tonal a Campo Libre con audífonos oídos por separado.

Timpanometría y reflejos estapediales.

Test de Percepción de los sonidos del habla (oídos por separados sin audífonos y con audífonos).

Logaudiometría en adultos y evaluación de Bisílabas y Frases.

Selección de Audífonos.

1.2. Estudios Médicos

Historia Clínica completa

Examen otológico

Estudios por Imágenes (TAC y eventualmente RMN)

Examen clínico prequirúrgico

1.3. Estudios Psicológicos

1.4. Estudios Neurolingüísticos

1.5. Estudios Psicopedagógicos

Conformación de un ateneo que incluya profesionales en contacto con el paciente, docentes y rehabilitadora a los fines de evaluar pronóstico y expectativas con devolución familiar.

Presentar acta con conclusiones y recomendaciones.

Guías de diagnóstico para implantes de prótesis cocleares

Selección del paciente para implante coclear

Prelinguales

Desde los doce meses de edad con hipoacusia perceptiva (neurosensorial) profunda: pérdida de más de 90 dB bilateral en las frecuencias del habla (500 a 2000 cps).

Desde los veinticuatro meses de edad, con hipoacusia perceptiva (neurosensorial) severa a profunda: pérdida de entre 60 y 90 dB bilateral en las frecuencias del habla (500 a 2000 cps).

El uso de audífonos específicos (selección de audífonos) y estimulación auditiva adecuada (respuesta a los audífonos) durante seis meses, son requisitos previos necesarios, salvo casos de urgencia como osificación coclear postmeningitis.

Prelinguales de más de seis años: los resultados dependerán de las adquisiciones lingüísticas previas al implante, es decir, del grado de oralización alcanzado. Evaluación según Categorías de Geers y Moog.

Reimplantación por fallas comprobadas en prelinguales.

Postlinguales

A cualquier edad hasta los sesenta años según condición física adecuada, sin contraindicaciones médicas ni psicológicas, con hipoacusias severas a profundas, con porcentajes de discriminación de oraciones de hasta 50 por ciento con audífonos en el oído a implantar y con audición residual de hasta 60 por ciento con audífonos en el oído contralateral.

En hipoacusias progresivas el implante se indicará cuando la evolución de las adquisiciones lingüísticas se vean limitadas de acuerdo a la edad y la discriminación auditiva descienda de los valores mencionados.

Reimplantación por fallas comprobadas.

3. Categorización de Prioridades para el otorgamiento del reintegro.

Primera:

1.1.- Niños entre 12 meses y 24 meses con hipoacusias perceptivas (neurosensoriales) profundas bilaterales y entre 24 meses y 10 años de edad con hipoacusias perceptivas (neurosensoriales) severas y/o profundas bilaterales.

1.2.- Pacientes de más de 6 y hasta 60 años de edad con pérdida brusca, súbita de audición, de distintos orígenes (traumática, infecciosa, etc.), con hipoacusias perceptivas (neurosensoriales) severas o profundas bilaterales. En el caso de los adultos, no deberán presentar dificultades en la comprensión de origen central.

Segunda:

2.1.- Pérdidas progresivas de la audición entre 10 y 17 años, cuando la pérdida auditiva perceptiva (neurosensorial) bilateral llega a ser severa a profunda.

2.2.- Niños de más de 10 años de edad con hipoacusias perceptivas (neurosensoriales) severas a profundas bilaterales, con oralización y adecuada estructura del lenguaje y comprensión, con uso de audífonos en forma consistente.

2.3.- Adultos con hipoacusias perceptivas (neurosensoriales) severas a profundas bilaterales, con pérdida progresiva de la audición y sin dificultades en la comprensión de origen central.

Tercera:

3.1.- Niños de más de 10 años de edad Prelinguales sin oralización ni adecuada estructura del lenguaje y comprensión de la palabra.

Particularidades :

La presencia de discapacidades concomitantes requieren evaluaciones particulares para el Implante Coclear, algunas como la visual y sordera puede ser prioridad uno, en otros casos con discapacidades motoras o sensoriales asociadas el Implante puede ser prioridad segunda o tercera.

Todo niño a implantar debe tener posibilidad de rehabilitación a cargo de profesionales con capacitación adecuada y en su lugar de residencia; rehabilitación que debe estar realizando previo al Implante, con audífonos.

Reimplante por fallas:

En los casos de fallas comprobadas de funcionamiento del equipo implantado, el proveedor del equipo deberá hacerse cargo de la reposición del mismo y de los costos totales que demande el implante. Dicha circunstancia deberá quedar acreditada en la correspondiente garantía del equipo.

Inclusiones:

Prótesis específica

Exclusiones:

Idem anteriores.

Módulo preimplante.

Módulo quirúrgico.

Módulo de seguimiento, calibración y controles posteriores.

N. HEPATITIS B según a la resolución APE 350/2006

Se reconocerá reintegro de gastos por la medicación específica en los siguientes casos:

Hepatitis crónica HBe Ag positivo

Hepatitis crónica con HBe Ag negativo y actividad persistente de aminotransferasas

Coinfección HVB(crónica)-HIV

Coinfección HBV(crónica)-HCV-HIV

A) Portador de Infección Crónica Inactiva

Estudios de laboratorio

1) Diagnóstico: HBs Ag, HBe Ag, anti HBe y HBV DNA viral cuantitativo por PCR por método estandarizado,

2) Seguimiento: HBe Ag, anti HBe, HBV DNA viral cuantitativo por PCR por método estandarizado y Alfa feto proteína, cada 6 a 12 meses según condición clínica.

Estudios por imágenes

1) Ecografía abdominal, cada 6 a 12 meses, según condición clínica. Si fuese necesario se complementa con Tomografía helicoidal o Resonancia magnética con contraste.

Biopsia hepática

1) Indicada si en el seguimiento se observa aumento de las aminotransferasas y/o aumento del HBV DNA mayor a 10000 copias/ml.

Tratamiento

1) No requiere tratamiento

B) Hepatitis crónica HBe Ag positivo

Estudios de laboratorio

1) Diagnóstico: HBs Ag, HBe Ag, anti HBe y HBV DNA viral cuantitativo por PCR por

método estandarizado.

2) Seguimiento: HBe Ag, anti HBe, HBV DNA viral cuantitativo por PCR por método estandarizado y Alfa feto proteína, cada 6 a 12 meses, según condición clínica.

Estudios por imágenes

1) Ecografía abdominal, cada 6 a 12 meses, según condición clínica. Si fuese necesario se complementa con Tomografía helicoidal o Resonancia magnética con contraste.

Biopsia hepática

1) Debe ser realizada para estadificar la enfermedad hepática a menos que exista una contraindicación para realizarla.

Tratamiento

1) en pacientes con hepatitis crónica HIV negativo.

a) Interferón pegilado alfa 2a, Lamivudina y Adefovir dipivoxil.

b) Tiempo de tratamiento

i. Interferón pegilado alfa 2a: entre 6 y 12 meses

ii. lamivudina o Adefovir dipivoxil: hasta la positivización del anti HBe, que debe persistir durante 6 meses. En caso de aparición de resistencia, se debe suspender el tratamiento con estos antivirales y rotar al otro antiviral.

2) en pacientes con cirrosis descompensada HIV negativo.

a) Adefovir dipivoxil o Lamivudina.

b) Contraindicado el uso de Interferón pegilado alfa 2a.

c) Se debe contactar a un centro de trasplante hepático.

d) Tiempo de tratamiento

iii. Hasta la positivización del anti HBe, que debe persistir durante 6 meses.

iv. En caso de aparición de resistencia, se debe suspender el tratamiento con estos antivirales y rotar al otro antiviral.

C) Hepatitis crónica con HBe Ag negativo y actividad persistente de aminotransferasas

Estudios de laboratorio

1) Diagnóstico: HBs Ag, HBe Ag, anti HBe y HBV DNA viral cuantitativo por PCR por método estandarizado.

2) Seguimiento: HBe Ag, anti HBe, HBV DNA viral cuantitativo por PCR por método estandarizado y Alfa feto proteína, cada 6 a 12 meses, según condición clínica.

Estudios por imágenes

1) Ecografía abdominal, cada 6 a 12 meses, según condición clínica. Si fuese necesario se complementa con tomografía helicoidal o resonancia magnética nuclear con contraste.

Biopsia hepática

2) Debe ser realizada para estadificar la enfermedad hepática a menos que exista una contraindicación para realizarla.

Tratamiento

1) Interferón pegilado alfa 2a, Lamivudina y Adefovir dipivoxil.

2) Tiempo de tratamiento

a) Interferón pegilado alfa 2a: 12 meses.

b) Lamivudina o Adefovir dipivoxil: mínimo, 2 años.

3) en pacientes con cirrosis descompensada HIV negativo

a) Adefovir dipivoxil o Lamivudina.

b) Contraindicado el uso Interferón pegilado alfa 2a.

c) Se debe contactar a un centro de trasplante hepático.

d) Tiempo de tratamiento

i) Adefovir dipivoxil o Lamivudina, 2 años.

D) Hepatitis crónica B más HIV positivo

1) Con indicación de HAART

a) Pacientes sin tratamiento previo: asociar Lamivudina y Tenofovir como parte del esquema antirretroviral.

b) Pacientes con tratamiento previo con Lamivudina, con o sin resistencia, agregar Tenofovir.

2) Sin indicación de HAART

- a) No emplear drogas con actividad anti HBV y anti HIV.
- b) De acuerdo con la condición clínica usar Interferón pegilado alfa 2a o Adefovir dipivoxil.
- 3) Pacientes con cirrosis HIV positivo
 - a) Con indicación de HAART
 - i) Pacientes sin tratamiento previo: asociar Lamivudina y Tenofovir como parte del esquema antirretroviral.
 - ii) Pacientes con tratamiento previo con Lamivudina, con o sin resistencia agregar Tenofovir.
 - b) Sin indicación de HAART
 - i) No emplear drogas con actividad anti HBV y anti HIV. Utilizar Adefovir dipivoxil.
 - ii) Contraindicado el uso de Interferón pegilado alfa 2a o 2b.
- 4) Recomendaciones:
 - a) No emplear drogas con actividad anti HBV y anti HIV. Utilizar Adefovir dipivoxil.
 - b) Contraindicado el uso de Interferón pegilado alfa 2a o 2b.
 - c) Considerar la indicación de trasplante hepático cuando presente: Carga viral HIV No detectable, CD4 > 100 cel/μl, abstinencia de drogas y alcohol en los últimos 6 meses.
 - d) Para evaluar respuesta se debe considerar el comportamiento de HBV DNA, HBe Ag, anti Hbe y aminotransferasas.
- E) Respuesta Intratratamiento
 - 1) Criterios bioquímicos
 - a) Respuesta: normalización de las aminotransferasas.
 - b) No respuesta: persistencia de la hipertransaminasemia.
 - 2) Criterios virológicos
 - c) Respuesta: Descenso de la carga viral >1 logaritmo al 3° mes.
 - d) No respuesta: Descenso <1 logaritmo del HBV DNA al 3° mes.
 - e) Resistencia: Elevación > 1 log en relación al descenso inicial.
 - 3) Criterios serológicos
 - f) Seroconversión completa: HBe Ag negativo con anti HBe positivo.
 - g) Seroconversión incompleta: HBe Ag negativo con anti HBe negativo.
 - h) Respuesta completa: HBs Ag negativo y anti HBs positivo.
 - i) Respuesta incompleta: HBs Ag negativo y anti HBs negativo.
 - j) No respuesta: HBe Ag positivo.
- F) Respuesta postratamiento inmediato
 - 1) Criterios bioquímicos
 - a) Respuesta: normalización de las aminotransferasas.
 - b) No respuesta: persistencia de la hipertransaminasemia.
 - 2) Criterios virológicos
 - a) Respuesta: Carga viral < 100.000 copias/ml.
 - b) No respuesta: Carga viral >100.000 copias/ml.
 - 3) Criterios serológicos
 - c) Seroconversión completa: HBe Ag negativo con anti HBe positivo.
 - d) Seroconversión incompleta: HBe Ag negativo con anti HBe negativo.
 - e) Respuesta completa: HBs Ag negativo y anti HBs positivo.
 - f) Respuesta incompleta: HBs Ag negativo y anti HBs negativo.
 - g) No respuesta: HBe Ag positivo.
- G) Respuesta postratamiento tardío (a los 6 meses)
 - 1) Criterios bioquímicos
 - a) Respuesta sostenida: aminotransferasas normales.
 - b) Recaída: hipertransaminasemia, luego de haber estado normales al finalizar el tratamiento.

3.1 INCLUSIONES

Tratamiento farmacológico con interferón pegilado alfa 2a, lamivudina y adefovir dipivoxil.

EXCLUSIONES:

Traslado de pacientes y familiares.

Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención, de pacientes y familiares.

Diagnóstico de la enfermedad de base y sus interurrencias.

Estudios relacionados con el control evolutivo y de la respuesta al tratamiento.

Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.

Provisión de drogas antirretrovirales en pacientes con coinfección HBV-HIV, los mismos serán provistos por el PNS y ETS, si ésta fuera interrumpida, la UGP está a cargo de la correspondiente provisión según convenio, debiendo respaldar la continuidad del tratamiento.

CRITERIOS PARA REINTEGRO

1) El Programa no reintegrará, por medio del fondo PACBI aquellos tratamientos considerados subóptimos, interrumpidos o discontinuados sin causa justificada.

2) La información se rendirá en forma trimestral, en expediente separado y por paciente, adjuntando copia de la Historia Clínica debidamente confeccionada por el profesional tratante y correspondiente al período solicitado.

3) Cuando existan razones para que la solicitud sea por menos de seis meses, la auditoría médica de UGP deberá presentar un informe detallando el porqué del menor período de prestación.

4) Se actuará del mismo modo en los casos en que el beneficiario haya abandonado su tratamiento, adjuntándose en este particular un informe detallado sobre lo ejecutado por la peticionante a fin de reintroducir al beneficiario al tratamiento instituido por el profesional actuante.

O. HEPATITIS C según a la resolución APE 350/2006

Se dará cobertura a los siguientes casos:

Hepatitis aguda C con HCV RNA detectable al 4º mes del diagnóstico

Hepatitis crónica C

Coinfección HIV-HCV

Coinfección HIV-HCV-HVB

A) Hepatitis aguda C

Estudios de laboratorio.

1) Diagnóstico: Anti HCV y HCV RNA por técnica de PCR cualitativa.

2) Para decidir conducta terapéutica: genotipo y HCV RNA cualitativo.

3) Seguimiento: HCV RNA cualitativo al 4º mes.

4) Curación: HCV RNA no detectable en dos oportunidades con intervalo de tres meses.

Estudios por imágenes

1) Ecografía abdominal realizada al momento del diagnóstico presuntivo de hepatitis.

2) Ecografía abdominal durante el seguimiento, cuando cambie la condición clínica o cuando se sospecha evolución a la cronicidad.

Biopsia hepática

1) Debe realizarse sólo en caso de sospecha clínica de hepatitis crónica.

Tratamiento

1) Iniciar tratamiento si hay HCV RNA detectable al 4º mes del diagnóstico, con 2) PEG IFN alfa 2a o 2b durante 6 meses. Debe comenzarse inmediatamente después de conocerse el resultado de HCV RNA.

B) Hepatitis crónica C

Estudios de laboratorio

1) Diagnóstico: Anti HCV y HCV RNA.

2) Seguimiento: Alfa feto Proteína y ecografía abdominal: en caso de cirrosis o fibrosis avanzada, cada 6 meses.

Estudios por imágenes

1) Diagnóstico: Ecografía abdominal.

2) Seguimiento: Si fuese necesario, se complementa con Tomografía helicoidal o Resonancia magnética con contraste.

Biopsia hepática

1) Debe ser realizada para estadificar la enfermedad hepática a menos que exista una contraindicación para realizarla.

Tratamiento

1) Se debe efectuar evaluación virológica pretratamiento con Genotipo HCV y Carga viral HCV por técnica estandarizada.

A) Genotipos 1 y 4:

a) PEG IFN alfa 2a 180 +1g subcutáneo por semana asociado a Ribavirina 1 a 1,2 g por vía oral por día durante 12 meses.

b) PEG IFN alfa 2b 1,5 +g subcutáneo, por kg de peso corporal, por semana asociado a Ribavirina 1 a 1,2 g por vía oral por día durante 12 meses.

c) Pacientes con contraindicación al uso de Ribavirina

(i) PEG IFN alfa 2a 180 +g subcutáneo por semana durante 12 meses, o

(ii) PEG IFN alfa 2b 1 +g subcutáneo por kg de peso corporal por semana durante 12 meses.

B) 4) Genotipo 2 y 3

a) PEG IFN alfa 2a 180 +g subcutáneo por semana, asociado a Ribavirina 800 mg por vía oral por día durante 6 meses.

b) PEG IFN alfa 2b 1.5 +g subcutáneo por kg de peso corporal por semana, asociado a Ribavirina 800 mg por vía oral por día durante 6 meses.

c) En pacientes con contraindicación al uso de Ribavirina:

(i) PEG IFN alfa 2a 180 +g subcutáneo por semana durante 12 meses o

(ii) PEG IFN alfa 2b 1 +g por kg de peso corporal subcutáneo por semana durante 12 meses.

Evaluación de la respuesta intratratamiento

1) Carga viral al 3º mes.

A) Respuesta virológica rápida: HCV RNA no detectable

B) Respuesta virológica lenta: HCV RNA detectable con descenso =2 log. (En estos casos realizar HCV RNA cualitativo al 6 mes)

C) No respuesta: caída <2 log al 3º mes o detección de HCV RNA al 6ºmes: suspender el tratamiento.

Evaluación de la respuesta al finalizar el tratamiento y/o a los 6 meses

1) Respondedor: HCV RNA no detectable

2) No respondedor: HCV RNA detectable

NOTA: En pacientes con monoterapia con PEG IFN, el primer control de HCV RNA debe realizarse al 6to. mes de tratamiento.

Tratamiento de la hepatitis crónica C con cirrosis compensada.

1) El período de tratamiento es de 48 semanas, independientemente del genotipo del HCV. Sin embargo, falta definir si la prolongación del tiempo de la terapia en los portadores de genotipos 1 y 4 aumenta el porcentaje de respuestas virales sostenidas. La terapia con PEG IFN más RBV no tiene un impacto negativo en la evolución de la enfermedad por HIV.

Tratamiento de la hepatitis aguda C.

1) Los enfermos con hepatitis aguda C que no erradican espontáneamente el HCV RNA sérico a las 12 semanas de iniciada las manifestaciones clínicas o los hallazgos de laboratorio, deben recibir tratamiento.

2) Se recomienda tratar con PEG IFN sólo o con la asociación PEG IFN más RBV, durante un período de 24 a 48 semanas. La evaluación de la respuesta debe realizarse con HCV RNA (método cualitativo) al final del tratamiento y a los seis meses de finalizado.

Evaluación de la respuesta al finalizar el tratamiento y/o a los 6 meses

1) Respondedor: HCV RNA no detectable

2) No respondedor: HCV RNA detectable

Tratamiento en pacientes con cirrosis descompensada HIV negativo

1) Drogas contraindicadas.

3) Se debe contactar a un centro de trasplante hepático.

C) Coinfección HIV-HCV

Todos los pacientes coinfectados, agudos o crónicos, son candidatos potenciales a recibir

tratamiento con la asociación Interferón Pegilado más Ribavirina, esquema considerado el estándar terapéutico actual.

Genotipo de HCV.

Sólo se determina en pacientes con HCV RNA Positivo y que van a recibir terapia antiviral. Es imprescindible realizar esta determinación antes de iniciar la terapia.

Tratamiento en pacientes con hepatitis crónica con o sin cirrosis, HIV positivo

1) Pacientes sin indicación de HAART.

A) PEG IFN alfa 2a 180 +g subcutáneo por semana, asociado a Ribavirina 1 a 1,2 g por vía oral por día durante 12 meses en todos los genotipos HCV.

B) PEG IFN alfa 2b 1,5 +g subcutáneo por Kg. de peso corporal por semana asociado, a Ribavirina 1 a 1,2 g por vía oral por día durante 12 meses, en todos los genotipos HCV.

C) Pacientes con contraindicación al uso de Ribavirina

a) PEG IFN alfa 2a 180 +g subcutáneo por semana durante 12 meses, en todos los genotipos HCV o

b) PEG IFN alfa 2b 1 +g por Kg. de peso corporal subcutáneo por semana durante 12 meses, en todos los genotipos HCV.

D) Evaluación de la respuesta intratratamiento

a) Carga viral al 3º mes.

(i) Respuesta virológica rápida: HCV RNA no detectable

(ii) Respuesta virológica lenta: HCV RNA detectable con descenso =2 log. En estos casos realizar HCV RNA cualitativo al 6º mes.

(iii) No respuesta: caída <2 log al 3º mes o detección de HCV RNA al 6º mes: suspender el tratamiento.

E) Evaluación de la respuesta al finalizar el tratamiento y/o a los 6 meses

a) Respondedor: HCV RNA no detectable

b) No respondedor: HCV RNA detectable

NOTAS:

1) Todo paciente coinfectado HIV-HCV es candidato potencial a recibir tratamiento de la hepatitis C.

2) En pacientes con monoterapia con PEG IFN el primer control de HCV RNA debe realizarse al 6to. mes de tratamiento.

3) En pacientes con indicación de HAART:

a) Priorizar el tratamiento antirretroviral.

b) Una vez controlada la infección HIV, iniciar tratamiento de la hepatitis C con el mismo esquema del apartado anterior Tratamiento en pacientes con cirrosis descompensada HIV positivo.

1) Todas las drogas están contraindicadas.

2) Se debe contactar a un centro de trasplante hepático.

Hepatotoxicidad en pacientes coinfectados.

1) La hepatitis C es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de hepatotoxicidad por antirretrovirales. Para definir hepatotoxicidad se recomienda respetar los criterios ya establecidos que la gradúan de 1 a 4.

2) Debe tenerse en cuenta que los pacientes coinfectados pueden tener múltiples causas de enfermedad hepática o alteraciones bioquímicas aisladas antes y durante el tratamiento, por lo que para adoptar conductas terapéuticas se sugiere considerar la presencia de manifestaciones clínicas, relación entre dosis y tiempo de exposición y alternativas terapéuticas.

3) La biopsia hepática puede ser útil para definir diagnósticos diferenciales de toxicidad hepática.

El hallazgo histológico compatible con microesteatosis o daño por hipersensibilidad puede avalar el diagnóstico de toxicidad hepática.

4) Se recomienda la suspensión del tratamiento ante la presencia de manifestaciones clínicas de injuria hepática aguda o hiperlactacidemia sintomática o ambas.

4) Los inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (INNTR), en particular la Nevirapina, tienen mayor potencial hepatotóxico en coinfectados.

Evaluaciones previas al tratamiento.

1) Todo paciente seleccionado para tratamiento debe ser evaluado previamente con:

A) Hemograma completo con recuento de plaquetas, función tiroidea, lipidograma y autoanticuerpos.

B) Carga viral y genotipo del HCV.

C) Conductas adictivas.

D) Estado nutricional.

E) Estado de salud mental (cuando fuese necesario).

F) Examen oftalmológico.

G) Evaluación cardiopulmonar.

H) Biopsia hepática: se recomienda su realización, debido a que puede brindar información adicional de utilidad en la conducta terapéutica.

2) Decisiones Terapéuticas.

A) Los coinfectados con recuento de $CD4^+ = 200$ células/mm³ (o con valores persistentes y estables de $CD4^+$ - entre 100 y 200 células/mm³- con CV no detectable e infección HIV clínicamente estable) deben ser tratados con PEG IFN más RBV, a menos que exista una contraindicación para el uso de RBV.

B) En aquellos con recuento de $CD4^+ < 200$ células/mm³, debe priorizarse el tratamiento HAART hasta mejorar y estabilizar los niveles de $CD4^+$.

Tratamiento de coinfectados HIV-HBV-HCV.

1) No hay información disponible, por lo que es imprescindible realizar estudios prospectivos.

2) Se recomienda tratar la hepatitis que muestre virus con actividad replicativa dominante, manteniendo una estrecha vigilancia sobre el otro virus involucrado.

Interacciones farmacológicas en coinfectados.

1) Debido al mayor riesgo de hiperlactacidemia sintomática en pacientes que reciben D4T, DDI o AZT asociados a PEG IFN más RBV, se aconseja evitar su uso concomitante.

2) La combinación AZT con PEG IFN más RBV puede incrementar la presencia de anemia.

3) En pacientes con antecedentes de depresión debe tenerse precaución con el uso concomitante de EFV y PEG IFN.

Manejo de los efectos adversos del tratamiento de la hepatitis C.

1) El perfil de seguridad de la combinación PEG IFN más RBV en el coinfectado es similar al observado en el mono infectado y las pautas recomendadas para su manejo son similares en ambas poblaciones.

2) No se ha observado que PEG IFN comprometa la respuesta inmunológica del paciente coinfectado.

3) Paracetamol, eritropoyetina recombinante humana, factores estimulantes de colonias, e inhibidores de la recaptación de serotonina, son herramientas útiles para el manejo de los efectos secundarios del tratamiento en el coinfectado, para asegurar el mantenimiento de dosis terapéuticas óptimas.

4) La adherencia al tratamiento es un pilar fundamental de la efectividad terapéutica en el paciente coinfectado. Para lograrla, el diagnóstico precoz y el manejo adecuado de los efectos adversos del HAART y del tratamiento para la hepatitis C son esenciales. Estos objetivos se alcanzan a través del trabajo asistencial interdisciplinario y de la educación de los pacientes, que incluye conocer la importancia de la adherencia, los efectos adversos y de su manejo, las pautas de alarma y la necesidad de controles periódicos.

5) Tratamiento del Hepatocarcinoma (HCC).

A) La historia natural del HCC en los pacientes coinfectados HCV-HIV no es bien conocida. Sin embargo, existen reportes que señalan la posibilidad de mayor incidencia de HCC en estadios más precoces de la enfermedad hepática así como también de una evolución más agresiva. Esto podría tener implicancias en la estrategia de detección temprana de esta complicación FP podría comenzar en estadios no sugiriéndose que la pesquisa con ecografía y cirróticos de la enfermedad hepática e incluso que podría realizarse en intervalos inferiores a los aplicables para la población con hepatitis C sin infección por HIV (<6 meses).

6) Se considera que los pacientes con coinfección HIV-HCV y HIV-HBV-HCV, sin o con HAART deben ser candidatos a recibir los mismos tratamientos para el HCC que la población con mono infección HCV.

7) Sobre la base de la experiencia en la población con mono infección HCV, el tratamiento del HCC incluye tratamientos potencialmente curativos (radiofrecuencia, inyección percutánea de alcohol, termoablación, resección quirúrgica o trasplante hepático) y terapias que, aún sin potencial curativo, puedan incrementar la sobrevida de los pacientes como la quimioembolización arterial.

8) La experiencia con estos tratamientos en coinfectados es escasa, pero los resultados obtenidos hasta la actualidad sugieren que los que acceden a terapias para el HCC podrían beneficiarse con un aumento en la sobrevida.

La elección del tratamiento a indicar es individual y se debe sustentar en las características del tumor, de la enfermedad hepática y del estado del paciente con relación a su enfermedad por HIV.

Respuesta intratratamiento

1) Evaluar viremia intratratamiento (semana 12 y/o semana 24)

a) Respuesta Viroológica Precoz (RVP): HCV RNA no detectable y/o descenso ≥ 2 Iog₁₀ del valor inicial (método cuantitativo).

b) No respuesta: persistencia de HCV RNA en la semana 24 por método cualitativo.

Respuesta postratamiento inmediato

1) Evaluar viremia al finalizar la terapia.

a) Respuesta: negativización del HCV RNA (método cualitativo).

Respuesta postratamiento tardío

1) Evaluar viremia al finalizar la terapia.

a) Respuesta Viroológica Sostenida (RVS): HCV RNA (método cualitativo) no detectable a los 6 meses de finalizada la terapia.

NOTAS:

1) La RVP tiene valor predictivo sobre la RVS. En aquellos casos en los que no se observa RVP se debería suspender el tratamiento. Sin embargo, cuando el enfermo es portador de una fibrosis avanzada o cirrosis, se puede continuar la terapia hasta completar las 48 semanas con el objetivo de enlentecer o prevenir la progresión de la hepatopatía.

2) En los pacientes que presentan RVS, el seguimiento a largo plazo debe hacerse con una determinación de HCV RNA (método cualitativo) anual o ante cualquier evento clínico que lo justifique.

En los pacientes con cirrosis también deben realizarse los controles periódicos para la detección de las complicaciones de ésta.

3) Aquellos pacientes no respondedores o con recaída que no hubiesen recibido el tratamiento combinado en dosis y tiempo adecuados, son pasibles de retratamiento.

Trasplante Hepático en pacientes HIV más

1) El trasplante hepático constituye la única alternativa terapéutica definitiva en ciertos pacientes infectados por HIV, que presentan enfermedad hepática terminal por coinfección por HCV.

2) La experiencia acumulada hasta la actualidad indica que la supervivencia a los 3 años del trasplante hepático es similar a la de los pacientes con mono infección por HCV.

Criterios de trasplantabilidad:

1) Criterios relacionados con la enfermedad hepática.

A) Cirrosis hepática con score de Child-Pugh ≤ 7 o cirrosis descompensada con alguna de las siguientes complicaciones: ascitis, ictericia, encefalopatía hepática, hemorragia digestiva secundaria a hipertensión portal.

B) HCC que cumple con los criterios de trasplantabilidad de Milán (un nódulo ≤ 5 cm o hasta 3 nódulos ≤ 3 cm, sin enfermedad extrahepática o invasión vascular).

C) Valoración psiquiátrica y social favorable.

2) Criterios relacionados con la coinfección HIV.

A) Linfocitos CD4+ >100 células/mm³,

B) HIV RNA no detectable o suprimible con HAART,

C) Ausencia de antecedentes de infecciones oportunistas a excepción de tuberculosis, candidiasis esofágica o neumonía por *Pneumocystis jiroveci*. En estos casos se requiere recuento de CD4+ >200 células/mm³ y 6 meses sin evidencias de complicaciones.

D) En la actualidad no existe experiencia suficiente con el resto de las infecciones oportunistas y los tumores relacionados con la infección por el HIV como para realizar recomendaciones.

3) Criterios psiquiátricos

A) Abstinencia a la heroína y cocaína de 2 años de duración, entendiéndose que estos pacientes ya estarían, en cuanto a la dependencia, en recuperación sostenida. Ocasionalmente se puede considerar la inclusión de estos pacientes en lista de espera para trasplante antes de tal plazo, en función de la evaluación psiquiátrica individualizada.

B) En el caso del alcohol, se requiere un período de abstinencia de 6 meses debido a la alta tasa de recaídas en el post trasplante.

3) El Interferón alfa 2b no tiene indicación aprobada por ANMAT para tratamiento de la HBV ni coinfección HIV/HCV.

4) Criterios de selección del donante: iguales para enfermedad hepática y para coinfectados con HIV

A) Donante cadavérico

B) Donante vivo relacionado

C) Debido a la progresión acelerada de la enfermedad hepática en los coinfectados HIV-HCV, es recomendable su derivación temprana a un centro de trasplante para su evaluación.

No existen evidencias que en los pacientes coinfectados se presente una mayor frecuencia de complicaciones en el post trasplante inmediato, ni en lo que respecta a la incidencia de rechazo celular agudo ni de complicaciones infecciosas. Los principales problemas del período postrasplante son las interacciones farmacocinéticas y farmacodinámicas entre los ARV y los inmunosupresores, lo que dificulta el manejo de dosis adecuadas estas últimas, por lo que se requiere un monitoreo más frecuente. Con respecto al tratamiento del rechazo, el mismo debe ajustarse a los lineamientos empleados en el manejo en pacientes mono infectados por HCV. Las estrategias dirigidas a controlar la recurrencia de la hepatitis C deben ser prioritarias, debido a que la recidiva de ésta es el principal condicionante de una evolución desfavorable en el postrasplante alejado. La experiencia en estos pacientes con PEG IFN más RBV es escasa hasta el momento actual.

No existen evidencias con relación a la posibilidad de una mayor susceptibilidad a infecciones oportunistas o tumores en pacientes con infección HIV que reciben un trasplante hepático.

Criterios de exclusión:

1) Cáncer, salvo hepatocarcinoma

2) Sepsis antes de las 48 de tratamiento con antibióticos o con hemocultivo positivo

3) Infección con *Aspergillus*

4) Falla multiorgánica

5) Contraindicaciones cardiovasculares

6) Hipertensión pulmonar

Causas de retrasplante inmediato:

1) Trombosis de arteria hepática

2) Trombosis de vena porta (más común en niños)

3) Rechazo hiperagudo

4) Recidiva inmediata del virus c

Las presentaciones por trasplante se deberán guiar por las normas de Reintegro

3.2 INCLUSIONES

Tratamiento farmacológico con interferón pegilado alfa 2, 2b y ribavirina

EXCLUSIONES

Traslado de pacientes y familiares.

Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención, de pacientes y familiares.

Diagnóstico de la enfermedad de base y sus interurrencias.

Estudios relacionados con el control evolutivo y de la respuesta al tratamiento.

Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.

Provisión de drogas antirretrovirales en pacientes con coinfección HBV-HIV, los mismos serán proveída por el PNS, si ésta fuera interrumpida, la UGP está a cargo de la correspondiente provisión según convenio.

CRITERIOS PARA REINTEGRO

1) El Programa no reintegrará, por medio del fondo PACBI aquellos tratamientos considerados subóptimos, interrumpidos o discontinuados sin causa justificada.

2) La información se rendirá en forma trimestral en expediente separado y por paciente, adjuntando copia de la Historia Clínica, debidamente confeccionada por el profesional tratante y correspondiente al período solicitado.

3) Cuando existan razones para que la solicitud sea por menos de seis meses, la auditoría médica de UGP deberá presentar un informe detallando el por qué del menor período de prestación.

4) Se actuará del mismo modo en los casos en que el beneficiario haya abandonado su tratamiento, adjuntándose en este particular un informe detallado sobre lo ejecutado por la peticionante a fin de reintroducir al beneficiario al tratamiento instituido por el profesional actuante.

P. ENFERMEDADES DE DEPOSITO

Se reconocerá reintegro de la medicación específica a beneficiarios con certificado de discapacidad en los siguientes casos:

1- ENFERMEDAD DE FABRY, según Resolución APE 15000/2005.

Enfermedad de Fabry con diagnóstico de certeza:

Varones (homocigotas): Actividad disminuida de la alfa galactosidasa en leucocitos.

Mujeres (heterocigotas): Actividad disminuida de la alfa galactosidasa en leucocitos o confirmación diagnóstica molecular (mutación para el gen agalsidasa alfa).

Cobertura: La cobertura será otorgada a los pacientes que presenten signos y/o síntomas, de compromiso de cualquiera de los siguientes sistemas:

Nervioso Central

Cardiológico

Nefrológico

Oftalmológico

Documentación a presentar

Al inicio del tratamiento

Copia del resultado del dosaje de la alfa galactosidasa o confirmación molecular.

Historia clínica en la que conste el peso del paciente.

Informe de estudios de diagnóstico realizados que muestren lesión típica en algún aparato:

Neurológicos: resonancia magnética nuclear de cerebro y/o electromiograma

Cardiológico: electrocardiograma y ecocardiograma

Dermatológicos: biopsia de piel

Nefrológicos: micro albuminuria y proteinuria en orina de 24 horas y/o ecografía renal, y/o biopsia renal

Oftalmológicos: examen con lámpara de hendidura y fondo de ojo.

Cada 3 meses:

- Sistemática sangre-orina

- Escala de Dolor

Cada 6-12 meses:

- Clearence de creatinina

- Proteinuria 24 horas

- Ecocardiograma

- RNM cerebral si la basal es anormal

- Audiometría

- Examen oftalmológico

- Escala de Calidad de Vida

- ECG
- Escala de evaluación funcional neurológica.

INCLUSIONES

Tratamiento sustitutivo con enzimas de recombinación genética (aglasidasa) aprobadas por la ANMAT, según dosis, vías y frecuencia internacionalmente aceptadas.

EXCLUSIONES

Traslado de pacientes y familiares.

Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención, de pacientes y familiares.

Diagnóstico de la enfermedad de base y sus interurrencias.

Estudios relacionados con el control evolutivo y de la respuesta al tratamiento.

Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.

Se dará cobertura de reemplazo enzimático a beneficiarios con certificado de discapacidad en los siguientes casos:

2- MUCOPOLISACARIDOSIS II (Síndrome de Hunter)

Inclusiones:

Terapia de reemplazo enzimático: Idursulfase (Elaprase). 0,5 mg/kg semanales.

El Tratamiento en menores de cinco años no está determinado.

3. MUCOPOLISACARIDOSIS VI (Síndrome de Maroteaux - Lamy)

Inclusiones:

Terapia de reemplazo enzimático: Galsulfasa (Naglazyme). 1mg/kg semanales.

El tratamiento en menores de cinco años no está determinado.

4. ENFERMEDAD DE POMPE

Documentación a presentar al alta PACBI.

Resumen de Historia Clínica con

Antecedentes

Dosaje enzimático

Ecocardiograma

Ecografía abdominal

Laboratorio general.

Cada tres meses

Actualización de historia clínica.

Una vez al año.

Ecocardiograma

Ecografía abdominal

Laboratorio general (incluyendo hepatograma, función renal, hemograma)

Inclusiones:

Terapia de reemplazo enzimático: Alglucosidasa alfa (Myozyme). 20 mg/kg cada dos semanas.

Exclusiones:

Traslado de pacientes y familiares.

Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención, de pacientes y familiares.

Diagnóstico de la enfermedad de base y sus interurrencias.

Estudios relacionados con el control evolutivo y de la respuesta al tratamiento.

Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida

Q. INMUNOGLOBULINA ANTITIMOCITICA en el postransplante inmediato (Timoglobulina)

Se reconocerá reintegro de la medicación específica en los siguientes casos acorde con Dirección Científico Técnica INCUCAI:

Retrasplante

Receptor hipersensibilizado

Organo subóptimo

Antecedente previo de trasplante con disfunción primaria del injerto

Paciente con antecedentes de respuesta inmunológica exacerbada.

Documentación a presentar

Historia clínica que documente trasplantes previos, con protocolos quirúrgicos que lo avalen.

Protocolo de ablación especificando tiempo de isquemia fría del órgano injertado.

Constancia en la historia clínica de órgano trasplantado sin función primaria.

INCLUSIONES

Tratamiento con Timoglobulina (dosis ajustada al requerimiento del paciente)

EXCLUSIONES

Aquellos casos no contemplados dentro de los sugeridos por la Dirección Científico Técnica INCUCAI.

R. TROMBOASTENIA DE GLANZMANN

Se reconocerá reintegro para Factor de Coagulación VIIa Recombinante (Eptacog Alfa Activado) para los pacientes con diagnóstico de Tromboastenia de Glanzmann confirmado, con presencia de anticuerpos antiplaquetarios circulantes.

S. MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS y ANTICUERPOS MONOCLONALES

Se reconocerá la provisión de los medicamentos detallados a continuación según protocolos de indicación y pautas de seguimiento normatizadas en la presente.

A los efectos de conformar los correspondientes legajos se deberán enviar las siguientes documentaciones comunes a todas:

Historia clínica del beneficiario en donde conste

Datos personales del beneficiario

Antecedentes del beneficiario

Patología de base (codificada por CIE-10)

Medicación con la que ha sido tratado y respuestas a dicha medicación

Motivo de la indicación de drogas de alto costo

Estudios que avalen ausencia de contraindicaciones para la administración de dichas drogas.

Copia avalada del DNI del beneficiario

Copia avalada del OPP

Conforme de recibo de la medicación

Cronograma de aplicación en las medicaciones de administración parenteral (etanercept, infliximab, rituximab).

Formulario de denuncia ante la ANMAT. Para los casos en donde se solicita la medicación de alto costo debido a la aparición de un Efecto Adverso Medicamentosos severo a un fármaco convencional, se debe presentar copia del formulario de denuncia a la ANMAT de dicho efecto adverso.

La actualización de Historias clínicas deberá efectuarse cada 2 o tres meses según la droga mencionada. En dicha actualización deberá constar la respuesta favorable de la enfermedad a la medicación suministrada.

La respuesta favorable de la enfermedad debe ser fundamentada en estudios complementarios aclarados para cada droga. Este requisito es indispensable para poder autorizarse un nuevo período de administración.

I. ETANERCEPT

1. Descripción. droga anti Interferón alfa

2. Patologías con indicación.

a. Artritis Reumatoide (AR)

3. Requisitos para autorizar suministro

a. Artritis Reumatoide

i. Diagnóstico comprobable de AR (Parámetros clínicos, Laboratorio-Factor Reumatoideo, VES-, y radiológico)

ii. Falla al tratamiento con AINES, metotrexate y al menos dos tratamientos más con Fármacos Modificadores de Enfermedad (FAME): hidroxicloroquina, leflunomida, sulfasalacina. Cada tratamiento debe haberse aplicado al menos tres meses.

iii. Demostración de actividad de la enfermedad a pesar de los tratamientos indicados arriba. Demostración clínica, de laboratorio (VES, Factor reumatoideo, PCR, trombocitosis, otros) y radiológico.

- iv. PPD negativa
- v. Radiografía de tórax que descarte probable tuberculosis
- vi. Ausencia de patología infecciosa activa
- vii. Ausencia de antecedentes de hipersensibilidad a esta droga
- 4. Requisitos para continuar su suministro
 - a. Artritis Reumatoide
 - i. Informes bimensuales que evidencien respuesta favorable a esta droga, incluidos laboratorios (reactantes de fase aguda - VES, PCR, plaquetas u otros), y clínicos.
 - ii. Ausencia de Reacción Adversa a Medicamentos severa.
 - iii. Ausencia de Intercurrencia infecciosa severa.
- 5. Dosis
 - a. Artritis Reumatoide
 - i. 12,5 a 25 mg dos veces por semana.

II. IMATINIB

- 1. Descripción. Droga contra tirosin quinasas selectiva del producto de la mutación BCR-ABL
- 2. Patologías con indicación
 - a. Leucemia Mieloide Crónica
 - b. Tumor del Estroma Gastrointestinal (GIST)
 - c. Dermatofibrosarcoma protuberans
 - d. Síndrome hipereosinofílico/leucemia eosinofílica crónica
 - e. Enfermedad mielodisplásica/mieloproliferativa
- 3. Requisitos para autorizar el suministro
 - a. Leucemia Mieloide Crónica
 - i. Diagnóstico clínico, de laboratorio y genético (que demuestre presencia de la mutación del gen BCR-ABL) de dicha patología.
 - ii. Falla terapéutica a Interferón en tratamiento al menos por tres meses.
 - iii. Demostración clínica y de laboratorio de falta de respuesta a dicha droga.
 - iv. Ausencia de hipersensibilidad a esta droga.
 - b. Tumor del Estroma Gastrointestinal
 - i. Diagnóstico histológico de dicha enfermedad.
 - ii. Estudios por imágenes que evidencien estadio metastático o irreseabilidad o recaída luego de cirugía.
 - iii. Diagnóstico histológico de positividad para CD 117
 - iv. Ausencia de hipersensibilidad a esta droga
 - c. Dermatofibrosarcoma protuberans
 - i. Diagnóstico histológico de dermatofibrosarcoma protuberans
 - ii. Estudios por imágenes que evidencien irreseabilidad o estadio metastático.
 - iii. Ausencia de hipersensibilidad a esta droga
 - d. Síndrome hipereosinofílico/leucemia eosinofílica crónica
 - i. Diagnóstico hematológico e histológico de Síndrome hipereosinofílico/leucemia eosinofílica crónica.
 - ii. Detección de mutación genética que produce la protein quinasa de fusión FIP1L1-PDGFRalfa
 - iii. Ausencia de hipersensibilidad a la droga.
 - e. Enfermedad mielodisplásica/mieloproliferativa
 - i. Diagnóstico histológico de dicha enfermedad.
 - ii. Demostración de reareglo genético del receptor del Factor de Crecimiento derivado de Plaquetas.
 - iii. Ausencia de hipersensibilidad a la droga
- 4. Requisitos para continuar el suministro
 - a. Leucemia Mieloide Crónica
 - i. Informes trimestrales que evidencien respuesta favorable a dicha droga, incluyendo clínica, laboratorio y genética.
 - ii. Ausencia de Reacción Adversa a Medicamentos severa (incluido hemograma que

evidencie ausencia de granulopenia severa)

b. Tumor del Estroma Gastrointestinal

i. Informes trimestrales que evidencien respuesta favorable a dicha droga, incluyendo clínica y estudios por imágenes.

ii. Ausencia de Reacción Adversa Medicamentosa severa (incluido hemograma que evidencie ausencia de citopenia severa).

c. Dermatofibrosarcoma protuberans.

i. Informes trimestrales que evidencien respuesta favorable a dicha droga, incluyendo clínica y estudios por imágenes.

ii. Ausencia de Reacción Adversa Medicamentosa severa (incluido hemograma que evidencie ausencia de citopenia severa).

d. Síndrome hipereosinofílico/Leucemia eosinofílica crónica

i. Informes trimestrales que evidencien respuesta favorable a dicha droga, incluyendo clínica y hematología.

ii. Ausencia de Reacción Adversa Medicamentosa severa (incluido hemograma que evidencie ausencia de citopenia severa).

e. Enfermedad mielodisplásica/mieloproliferativo.

i. Informes trimestrales que evidencien respuesta favorable clínica y de laboratorio a dicha droga.

ii. Ausencia de Reacción Adversa Medicamentosa severa (incluido hemograma que evidencie ausencia de citopenia severa).

5. Dosis

a. Leucemia Mieloide Crónica: 400 - 600 mg/día

b. Tumor del Estroma Gastrointestinal: 400 - 600 mg/día

c. Desmatofibrosarcoma protuberans: 800 mg/día

d. Síndrome hipereosinofílico/Leucemia eosinofílica crónica: 400 mg/día

e. Enfermedad mielodisplásica/mieloproliferativa: 400 mg/día.

III. INFLIXIMAB

1. Descripción. Anticuerpo anti Interferón alfa

2. Patologías con indicación:

a. Artritis Reumatoide

b. Enfermedad de Crohn

c. Espondilitis anquilosante

d. Psoriasis

e. Artritis psoriásica

3. Requisitos para autorizar suministro

a. Artritis Reumatoide

i. Diagnóstico comprobable de AR (Parámetros clínicos, Laboratorio-Factor Reumatoideo, VES-, y por imágenes)

ii. Falla al tratamiento con AINES, metotrexate y al menos dos tratamientos más con Fármacos Modificadores de Enfermedad (FAME): hidroxicloroquina, leflunomida, sulfazalacina. Cada tratamiento debe haberse aplicado al menos tres meses.

iii. Demostración de actividad de la enfermedad a pesar de los tratamientos indicados arriba. Demostración clínica, de laboratorio (VES, Factor reumatoideo, PCR, trombocitosis, otros) y radiológico.

iv. PPD negativa

v. Radiografía de tórax que descarte probable tuberculosis

vi. Ausencia de patología infecciosa activa

vii. Ausencia de antecedentes de hipersensibilidad a esta droga

b. Enfermedad de Crohn

i. Diagnóstico histológico de enfermedad de Crohn

ii. Falla al tratamiento convencional con esteroides, salicilatos y al menos dos esquemas con drogas inmunosupresoras (azatioprina, 6-mercaptopurina, metotrexate, ciclosporina). Cada tratamiento debe haberse realizado por al menos dos meses.

iii. Presencia de Enfermedad de Crohn fistulizante aun sin haber realizado otros

tratamientos farmacológicos.

iv. PPD negativa

v. Radiografía de tórax que descarte probable tuberculosis

vi. Ausencia de patología infecciosa activa

vii. Ausencia de antecedentes de hipersensibilidad a esta droga

c. Espondilitis anquilosante (EA)

i. Diagnóstico comprobable de EA, clínico y por imágenes.

ii. Falla al tratamiento farmacológico de primera línea (AINES, esteroides) realizado al menos por dos meses cada tratamiento.

iii. Demostración clínica, radiológica y de laboratorio (VES, PCR, plaquetas, otros) de la actividad de la enfermedad luego de los tratamientos fallidos.

iv. PPD negativa

v. Radiografía de tórax que descarte probable tuberculosis

vi. Ausencia de patología infecciosa activa

vii. Ausencia de antecedentes de hipersensibilidad a esta droga

d. Psoriasis

i. Diagnóstico comprobable de psoriasis: clínico e histológico.

ii. Falla terapéutica de tratamientos locales y de al menos dos tratamientos convencionales sistémicos, (Tópicos: esteroides, retinoides, derivados de vitamina D, PUVA; sistémicos: metotrexate, ciclosporina, acitretina). Cada tratamiento debe haberse realizado al menos por dos meses.

iii. Demostración clínica de la actividad de la enfermedad luego de los tratamientos fallidos.

iv. PPD negativa

v. Radiografía de tórax que descarte probable tuberculosis

vi. Ausencia de patología infecciosa activa

vii. Ausencia de antecedentes de hipersensibilidad a esta droga

e. Artritis Psoriásica (AP)

i. Diagnóstico comprobable de AP: clínico, radiológico e histológico.

ii. Falla a tratamientos convencionales. Cada tratamiento debe haberse realizado al menos por dos meses.

iii. Demostración clínica, radiológica y de laboratorio (VES, PCR, plaquetas, otros) de actividad de la enfermedad luego de los tratamientos fallidos.

iv. PPD negativa

v. Radiografía de tórax que descarte probable tuberculosis

vi. Ausencia de patología infecciosa activa

vii. Ausencia de antecedentes de hipersensibilidad a esta droga

4. Requisitos para continuar suministro

a. Artritis Reumatoide

i. Informes bimensuales que evidencien respuesta favorable a dicha droga, incluyendo clínica, laboratorio (VES, PCR, plaquetas, otros) e imágenes.

ii. Ausencia de Reacción Adversa a Medicamentos severa.

iii. Ausencia de interurrencia infecciosa severa.

iv. Hepatograma que evidencia ausencia de hepatotoxicidad severa por esta droga.

b. Enfermedad de Crohn

i. Informes bimensuales que evidencien respuesta favorable a dicha droga, incluyendo clínica y laboratorio (VES, PCR, plaquetas, otros).

ii. Ausencia de Reacción Adversa a Medicamentos severa.

iii. Ausencia de interurrencia infecciosa severa.

iv. Hepatograma que evidencia ausencia de hepatotoxicidad severa por esta droga.

c. Espondilitis Anquilosante

i. Informes bimensuales que evidencien respuesta favorable a dicha droga, incluyendo clínica, laboratorio (VES, PCR, plaquetas, otros) e imágenes.

ii. Ausencia de Reacción Adversa a Medicamentos severa.

iii. Ausencia de interurrencia infecciosa severa.

iv. Hepatograma que evidencia ausencia de hepatotoxicidad severa por esta droga.

d. Psoriasis

- i. Informes bimensuales que evidencien respuesta clínica favorable a dicha droga.
- ii. Ausencia de Reacción Adversa a Medicamentos severa.
- iii. Ausencia de interurrencia infecciosa severa.
- iv. Hepatograma que evidencia ausencia de hepatotoxicidad severa por esta droga.

e. Artritis Psoriásica

- i. Informes bimensuales que evidencien respuesta favorable a dicha droga, incluyendo clínica, laboratorio (VES, PCR, plaquetas, otros) e imágenes.
- ii. Ausencia de Reacción Adversa a Medicamentos severa.
- iii. Ausencia de interurrencia infecciosa severa.
- iv. Hepatograma que evidencia ausencia de hepatotoxicidad severa por esta droga.

5. Dosis. 5 - 10 mg/kg semana 0, 2, 6 y luego cada 8 semanas.

IV. RITUXIMAB

1. Descripción. Anticuerpo monoclonal anti CD-20

2. Patologías con indicación

- a. Linfoma No Hodgkin folicular
- b. Linfoma No Hodgkin difuso de células grandes

3. Requisitos para autorizar suministro

a. Linfoma No Hodgkin folicular

- i. Diagnóstico inmunohistoquímico de dicha neoplasia
- ii. Falla terapéutica a tratamiento quimioterápico de primera línea
- iii. Demostración clínica, de laboratorio y hematológica de falla terapéutica a dicho esquema.

iv. En esta patología esta autorizada la administración conjunta con quimioterapia como esquema de primera línea.

v. Ausencia de hipersensibilidad a dicha droga.

b. Linfoma No Hodgkin difuso de células grandes

i. Diagnóstico inmunohistoquímico de dicha neoplasia

ii. Ausencia de hipersensibilidad a dicha droga.

4. Requisitos para continuar suministro

a. Linfoma No Hodgkin folicular

i. Informes trimestrales que evidencien respuesta favorable, incluyendo clínica, estudios por imágenes, laboratorio y hematológica.

ii. Ausencia de Reacción Adversa Medicamentosa severa.

b. Linfoma No Hodgkin difuso de células grandes

i. Informes trimestrales que evidencien respuesta favorable, incluyendo clínica, laboratorio, estudios por imágenes y hematológica.

ii. Ausencia de Reacción Adversa Medicamentosa severa.

5. Dosis. 375 mg/m² dosis.

S. BOMBA DE BACLOFENO

Se reconocerá a afiliados con certificado de discapacidad en los casos en que la espasticidad:

interfiere sobre la funcionalidad imposibilitando llevar a cabo las actividades de la vida diaria o desarrollar actividades laborales o

provoca dolor intratable o

interfiere con el sueño

Con antecedente de falta de respuesta a tratamientos alternativos

Requisitos para autorizar suministro:

Se remitirá informe que contenga:

1. repercusión funcional en las actividades de la vida diaria con evaluación de la funcionalidad del individuo (escalas FIM, Barthel, WISCI, Asworth, etc), antes y después de la prueba de baclofeno.

2. respuesta al tratamiento oral con baclofen solo o combinado con otras drogas que tienen acción sobre la hipertonía (Diazepan) y los espasmos (Tizanidina).

3. respuesta al bloqueo muscular con lidocaína y/o fenol, crioterapia, FES, programas de

movilización y elongación muscular e hidroterapia u otras intervenciones que permiten evaluar la influencia de la espasticidad sobre la funcionalidad.

Inclusiones:

Reintegro del gasto correspondiente a la bomba de baclofeno.

Exclusiones:

Idem anteriores

Gastos por implante de la bomba

T. SILLAS DE RUEDAS ESPECIALES

Se reconocerá a afiliados con certificado de discapacidad aquellas sillas de ruedas que presenten las siguientes características presentando las justificaciones por el profesional especialista interviniente quien, además, informará las alternativas existentes.

Inclusiones:

Sillas tipo A

Livianas con cuadro de aluminio

Respaldo fijo a 90° o reclinable

Ruedas traseras de 40 a 60 cm de diámetro, montadas sobre rulemanes. Llantas macizas o neumáticas

Ruedas traseras de 24 de diámetro, montadas sobre rulemanes. Llantas macizas o neumáticas, con comando y freno en ambas.

Apoya brazos desmontables o rebatibles tipo escritorio

Apoya pies desmontables, rebatibles y/o giratorios y graduables en altura con pedanas antideslizantes

Tapizada en cuerina lavable reforzada o tela de avión con base de nylon o neoprene

Apoya cabezas desmontable (opcional)

Mesa pedagógica o de trabajo (opcional)

Protectores de rayos en las ruedas y aros de impulso (opcional)

Plegable en sentido lateral

Sillas tipo B

Modelos conformados o a medida o sistemas posturales

Cuadro fijo

Sistema de reclinación TILT o sistema CGB (Centro de Gravedad Balanceado)

Apoya cabezas con soporte de movimiento universal

Ultralivianos aluminios con aleaciones de titanio u otros

Eje de ruedas traseras con desacople rápido (quick release)

Plegado frontal

Apoya pies con pedana única

Protectores laterales

Exclusiones

Traslado de pacientes y familiares.

Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención, de pacientes y familiares.

Diagnóstico de la enfermedad de base y sus interurrencias.

Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida

U. NEUROESTIMULADOR VAGAL IMPLANTABLE

Documentación a presentar

Resumen de Historia Clínica con

Antecedentes

Tratamientos farmacológicos previos (al menos tres)

Demostración de refractariedad a estas drogas dentro de rango terapéutico o habiendo alcanzado la dosis máxima.

Patología actual

Certificado de implante

Parte anestésico

Parte quirúrgico

a. Procedimientos neuroquirúrgicas para tratamiento de dolor crónico refractario a

tratamientos convencionales

Documentación a presentar

Resumen de Historia Clínica con

Antecedentes

Tratamientos farmacológicos previos completando la escalera del dolor crónico sugerido por OMS.

Demostración de refractariedad a estas drogas.

Patología actual

Certificado de implante

Parte anestésico

Parte quirúrgico

b. Procedimientos neuroquirúrgicos para tratamiento de movimientos anormales y espasticidad resistentes a tratamiento médicos

Documentación a presentar

Resumen de Historia Clínica con

Antecedentes

Tratamientos farmacológicos previos

Demostración de refractariedad a estas drogas.

Patología actual

Certificado de implante

Parte anestésico

Parte quirúrgico

V. ENDOPROTESIS AORTICA IMPLANTABLE

Documentación a presentar

Resumen de Historia Clínica con

Antecedentes

Patología actual

Situación que contraindique cirugía convencional

Certificado de implante

Parte anestésico

Parte quirúrgico

W. DROGAS ANTI HIV NO CUBIERTAS POR EL PLAN NACIONAL DE HIV

Raltegravir

a. Descripción: droga antiretroviral inhibidor de Integrasa.

b. Patología con indicación: HIV

c. Criterios para autorizar suministro

1. Infección HIV resistente a fármacos convencionales

Diagnóstico de HIV

Tratamiento previo fallido con esquemas con al menos una droga de cada grupo anti HIV

Inhibidores de Transcriptasa Inversa Análogos Nucleosídicos

Inhibidores de Transcriptasa Inversa No Análogos Nucleosídicos

Inhibidores de la Proteasa.

Cada tratamiento debe haberse realizado por al menos tres meses.

Resistencia viral demostrada por estudios de resistencia a al menos una droga de cada grupo de drogas anti HIV:

Inhibidores de Transcriptasa Inversa Análogos Nucleosídicos

Inhibidores de Transcriptasa Inversa No Análogos Nucleosídicos

Inhibidores de la Proteasa

Carga viral y recuento de CD4 que avalen resistencia medicamentosa (carga viral por sobre 5000 copias por HIV RNA (u homólogos de otros métodos) al tercer mes de tratamiento con cada esquema.

Demostración de adherencia al tratamiento adecuada.

2. Infección HIV con Reacción Adversa a Medicamentos severa

Presencia de Reacción Adversa a Medicamentosa severa a al menos una droga de cada grupo anti HIV:

Inhibidores de Transcriptasa Inversa Análogos Nucleosídicos
Inhibidores de Transcriptasa Inversa No Análogos Nucleosídicos
Inhibidores de la Proteasa.

Documentación de reporte a ANMAT de dichas Reacciones Adversas Medicamentosas.

d. Criterios para continuar suministro

Realización cada 12 semanas de carga viral y recuento de CD4.

Demostración por medio de los laboratorios anteriores de respuesta favorable a dicha droga.

Ausencia de Reacción Adversa Medicamentosa severa.

e. Dosis: 400 mg cada 12 horas VO.

Etravirina

a. Descripción: Inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo nucleosídico.

b. Patología con indicación: HIV

c. Criterios para autorizar suministro

a. Infección HIV resistente a fármacos convencionales

Diagnóstico de HIV

Tratamiento previo fallido con esquemas con al menos una droga de cada grupo anti HIV

Inhibidores de Transcriptasa Inversa Análogos Nucleosídicos

Inhibidores de Transcriptasa Inversa No Análogos Nucleosídicos

Inhibidores de la Proteasa.

Cada tratamiento debe haberse realizado por al menos tres meses.

Resistencia viral demostrada por estudios de resistencia a al menos una droga de cada grupo de drogas anti HIV:

Inhibidores de Transcriptasa Inversa Análogos Nucleosídicos

Inhibidores de Transcriptasa Inversa No Análogos Nucleosídicos

Inhibidores de la Proteasa

Carga viral y recuento de CD4 que avalen resistencia medicamentosa (carga viral por sobre 5000 copias por HIV RNA (u homólogos de otros métodos) al tercer mes de tratamiento con cada esquema.

Demostración de adherencia al tratamiento adecuada.

b. Infección HIV con Reacción Adversa a Medicamentos severa

Presencia de Reacción Adversa a Medicamentosa severa a al menos una droga de cada grupo anti HIV:

Inhibidores de Transcriptasa Inversa Análogos Nucleosídicos

Inhibidores de Transcriptasa Inversa No Análogos Nucleosídicos

Inhibidores de la Proteasa.

Documentación de reporte a ANMAT de dichas Reacciones Adversas Medicamentosas.

d. Criterios para continuar suministro

c. Realización cada 12 semanas de carga viral y recuento de CD4.

d. Demostración por medio de los laboratorios anteriores de respuesta favorable a dicha droga.

e. Ausencia de Reacción Adversa Medicamentosa severa.

d. Dosis: 400 mg diario.

Maraviroc

a. Descripción: Inhibidor de los correceptores CCR5.

b. Patología con indicación: HIV

c. Criterios para autorizar suministro

a. Infección HIV resistente a fármacos convencionales

Diagnóstico de HIV

Tratamiento previo fallido con esquemas con al menos una droga de cada grupo anti HIV

Inhibidores de Transcriptasa Inversa Análogos Nucleosídicos

Inhibidores de Transcriptasa Inversa No Análogos Nucleosídicos

Inhibidores de la Proteasa.

Cada tratamiento debe haberse realizado por al menos tres meses.

Resistencia viral demostrada por estudios de resistencia a al menos una droga de cada grupo de drogas anti HIV:

Inhibidores de Transcriptasa Inversa Análogos Nucleosídicos
Inhibidores de Transcriptasa Inversa No Análogos Nucleosídicos
Inhibidores de la Proteasa

Carga viral y recuento de CD4 que avalen resistencia medicamentosa (carga viral por sobre 5000 copias por HIV RNA (u homólogos de otros métodos) al tercer mes de tratamiento con cada esquema.

Demostración de adherencia al tratamiento adecuada.

b. Infección HIV con Reacción Adversa a Medicamentos severa

Presencia de Reacción Adversa a Medicamentosa severa a al menos una droga de cada grupo anti HIV:

Inhibidores de Transcriptasa Inversa Análogos Nucleosídicos

Inhibidores de Transcriptasa Inversa No Análogos Nucleosídicos

Inhibidores de la Proteasa.

Documentación de reporte a ANMAT de dichas Reacciones Adversas Medicamentosas.

d. Criterios para continuar suministro

c. Realización cada 12 semanas de carga viral y recuento de CD4.

d. Demostración por medio de los laboratorios anteriores de respuesta favorable a dicha droga.

e. Ausencia de Reacción Adversa Medicamentosa severa.

e. Dosis: entre 150 - 600 mg cada 12 horas vía oral.

X. DROGAS ONCOLOGICAS - REUMATOLOGICAS

Abatacept

1. Descripción. Droga inhibidora de la coestimulación (anti CD 80 - 86)

2. Patologías con autorización ANMAT.

a. Artritis Reumatoide

3. Requisitos para autorización suministro

a. Artritis Reumatoidea

i. Diagnóstico por clínica, imágenes y laboratorio de Artritis Reumatoide (Historia clínica por especialista).

ii. Falla a la terapéutica a al menos dos tratamientos convencionales, incluyendo metotrexate.

iii. Actividad de la enfermedad evidenciable por clínica, imágenes y laboratorio (reactantes de fase aguda): PCR, eritrosedimentación, hemograma, otros.

iv. PPD negativa

v. Informe de Rx de tórax que descarte infección activa pulmonar.

vi. Ausencia de hipersensibilidad a dicha droga.

vii. Sin tratamiento actual con drogas anti TNF (infiximab, etanercept, adalimumab, gonizumab, certolizumab)

4. Criterios para continuar suministro

a. Artritis Reumatoidea

i. Informes trimestrales que evidencien respuesta favorable a dicho tratamiento.

ii. Ausencia de Reacción Adversa Medicamentosa severa

iii. Ausencia de interurrencia infecciosa severa.

5. Dosis. Semana 0, 2 y 4 y luego cada 4 semanas. La dosis se ajusta al peso.

a. Menos de 60 kilos. 500 mg por dosis

b. Entre 60 y 100 kilos. 750 mg por dosis

c. Mayor a 100 kilos. 1000 mg por dosis

Adalimumab

1. Descripción. Anticuerpo anti Factor de Necrosis Tumoral

2. Patologías con aprobación:

a. Artritis Reumatoidea

b. Enfermedad de Crohn

c. Espondilitis anquilosante

d. Artritis psoriásica

3. Requisitos para autorizar suministro

a. Artritis Reumatoide

- i. Diagnóstico comprobable de AR (Parámetros clínicos, Laboratorio-Factor Reumatoide, VES-, y por imágenes).
- ii. Falla al tratamiento con AINES, metotrexate y al menos dos tratamientos más con Fármacos Modificadores de Enfermedad (FAME): hidroxicloroquina, leflunomida, sulfazalacina. Cada tratamiento debe haberse aplicado al menos tres meses.
- iii. Demostración de actividad de la enfermedad a pesar de los tratamientos indicados arriba. Demostración clínica, de laboratorio (VES, Factor reumatoide, PCR, trombocitosis, otros) y radiológico.
- iv. PPD negativa
- v. Radiografía de tórax que descarte probable tuberculosis
- vi. Ausencia de patología infecciosa activa
- vii. Ausencia de antecedentes de hipersensibilidad a esta droga

b. Enfermedad de Crohn

- i. Diagnóstico histológico de enfermedad de Crohn
- ii. Falla al tratamiento convencional con esteroides, salicilatos y al menos dos esquemas con drogas inmunosupresoras (azatioprina, 6 mercaptopurina, metotrexate, ciclosporina). Cada tratamiento debe haberse realizado por al menos dos meses.
- iii. Presencia de Enfermedad de Crohn fistulizante aun sin haber realizado otros tratamientos farmacológicos.
- iv. PPD negativa
- v. Radiografía de tórax que descarte probable tuberculosis
- vi. Ausencia de patología infecciosa activa
- vii. Ausencia de antecedentes de hipersensibilidad a esta droga

c. Espondilitis anquilosante (EA)

- i. Diagnóstico comprobable de EA, clínico y por imágenes.
- ii. Falla al tratamiento farmacológico de primera línea (AINES, esteroides) realizado al menos por dos meses cada tratamiento.
- iii. Demostración clínica, radiológica y de laboratorio (VES, PCR, plaquetas, otros) de la actividad de la enfermedad luego de los tratamientos fallidos.
- iv. PPD negativa
- v. Radiografía de tórax que descarte probable tuberculosis
- vi. Ausencia de patología infecciosa activa
- vii. Ausencia de antecedentes de hipersensibilidad a esta droga

d. Artritis Psoriásica (AP)

- i. Diagnóstico comprobable de AP: clínico, radiológico e histológico.
- ii. Falla a tratamientos convencionales. Cada tratamiento debe haberse realizado al menos por dos meses.
- iii. Demostración clínica, radiológica y de laboratorio (VES, PCR, plaquetas, otros) de actividad de la enfermedad luego de los tratamientos fallidos.
- iv. PPD negativa
- v. Radiografía de tórax que descarte probable tuberculosis
- vi. Ausencia de patología infecciosa activa
- vii. Ausencia de antecedentes de hipersensibilidad a esta droga

4. Requisitos para continuar suministro

a. Artritis Reumatoide

- i. Informes bimensuales que evidencien respuesta favorable a dicha droga, incluyendo clínica, laboratorio (VES, PCR, plaquetas, otros) e imágenes.
- ii. Ausencia de Reacción Adversa a Medicamentos severa.
- iii. Ausencia de intercurrentia infecciosa severa.

b. Enfermedad de Crohn

- i. Informes bimensuales que evidencien respuesta favorable a dicha droga, incluyendo clínica y laboratorio (VES, PCR, plaquetas, otros).
- ii. Ausencia de Reacción Adversa a Medicamentos severa.
- iii. Ausencia de intercurrentia infecciosa severa.

c. Espondilitis Anquilosante

- i. Informes bimensuales que evidencien respuesta favorable a dicha droga, incluyendo clínica, laboratorio (VES, PCR, plaquetas, otros) e imágenes.
- ii. Ausencia de Reacción Adversa a Medicamentos severa.
- iii. Ausencia de interurrencia infecciosa severa.

d. Artritis Psoriásica

- i. Informes bimensuales que evidencien respuesta favorable a dicha droga, incluyendo clínica, laboratorio (VES, PCR, plaquetas, otros) e imágenes.
- ii. Ausencia de Reacción Adversa a Medicamentos severa.
- iii. Ausencia de interurrencia infecciosa severa.

5. Dosis. 40 mg semanal (si usado como monoterapia) o bisemanal.

Bevacizumab

1. Descripción. Anticuerpo monoclonal contra el Factor de Crecimiento Derivado del Endotelio Vascular.

2. Patologías con indicación

- a. Adenocarcinoma colorrectal
- b. Cáncer de pulmón de células no pequeñas no escamoso
- c. Cáncer de mama

3. Requisitos para autorizar el suministro

a. Adenocarcinoma colorrectal

- i. Diagnóstico histológico de adenocarcinoma colorrectal.
- ii. Estudios por imágenes que demuestren estadio metastásico.
- iii. Ausencia de hipersensibilidad a esta droga.

b. Cáncer de pulmón de células no pequeñas y no escamoso

- i. Diagnóstico histológico de cáncer de pulmón de células no pequeñas y no escamoso.
- ii. Estudios por imágenes que demuestren irsecabilidad, progresión locorregional o metástasis a distancia.
- iii. Esquema que se combine con un derivado del Platino y Paclitaxel.
- iv. Ausencia de hipersensibilidad a esta droga.

c. Cáncer de mama

- i. Diagnóstico histológico de cáncer de mama.
- ii. Estudios que evidencien estadio metastásico.
- iii. Estudio histológico que demuestre en tejido neoplásico ausencia de receptor HER 2
- iv. Ausencia de antecedentes de haber realizado esquema con antraciclina y taxanos.
- v. Ausencia de hipersensibilidad a la droga.

4. Requisitos para continuar el suministro

a. Adenocarcinoma colorrectal

- i. Informe bimensual que evidencie respuesta favorable a esta droga, incluyendo clínica y estudios por imágenes.
- ii. Ausencia de Reacción Adversa Medicamentosa severa a esta droga (incluir laboratorio general).

b. Cáncer de pulmón de células no pequeñas no escamoso

- i. Informe bimensual que evidencie respuesta clínica y por imágenes favorable a esta medicación.
- ii. Ausencia de Reacción Adversa Medicamentosa severa a esta droga (incluir laboratorio general).

c. Cáncer de mama

- i. Informe bimensual que evidencie respuesta clínica y por imágenes favorable a esta medicación.
- ii. Ausencia de Reacción Adversa Medicamentosa severa a esta droga (incluir laboratorio general).

5. Dosis

- a. Adenocarcinoma colorrectal. 5 - 10 mg/kg cada 14 días.
- b. Cáncer de pulmón de células no pequeñas no escamoso. 15 mg/kg cada 21 días.
- c. Cáncer de mama. 10 mg/kg cada 14 días.

Cetuximab

1. Descripción. Anticuerpo monoclonal contra el Receptor del Factor de Crecimiento derivado del Endotelio Vascular (VEDGFR).
2. Patologías con indicación
 - a. Carcinoma epidermoide de Cabeza y Cuello
 - b. Adenocarcinoma de Colon
3. Requisitos para autorizar el suministro
 - a. Carcinoma epidermoide de Cabeza y Cuello
 - i. Como esquema de primera línea junto con Radioterapia
 1. Diagnóstico histológico de carcinoma epidermoide.
 2. Estudios de imágenes que avalen la ubicación y el estadio locorregionalmente avanzado.
 3. Ausencia de hipersensibilidad a esta droga.
 - ii. Como monoterapia en recaídas o falla de tratamientos de primera línea.
 1. Diagnóstico histológico de carcinoma epidermoide.
 2. Estudios que evidencien el estadio avanzado locorregionalmente o metastásico de dicha neoplasia.
 3. Estudios que demuestren recaída o falta de respuesta a esquemas quimioterápicos previos.
 4. Ausencia de hipersensibilidad a esta droga.
 - b. Adenocarcinoma colorrectal
 - i. Diagnóstico histológico de adenocarcinoma
 - ii. Estudios por imágenes que evidencien el estadio metastásico de dicha patología.
 - iii. Estudios que evidencien la realización previa de un esquema quimioterápico conteniendo IRINOTECAN como droga base.
 - iv. Estudios que evidencien la recaída o falta de respuesta al esquema nombrado.
 - v. Demostración histológica de positividad en el tejido tumoral para el receptor del Factor de Crecimiento Derivado del Endotelio Vascular.
 - vi. Ausencia de hipersensibilidad a esta droga.
 4. Requisitos para continuar el suministro
 - a. Carcinoma epidermoide de Cabeza y cuello
 - i. Como esquema de primera línea junto con Radioterapia
 1. Ninguno debido a ser un único ciclo de siete semanas.
 - ii. Como monoterapia
 1. Informes bimensuales que evidencien respuesta favorable a dicha droga, incluyendo clínica y estudios por imágenes.
 2. Ausencia de Reacción Adversa a Medicamentos severa.
 - b. Adenocarcinoma colorrectal
 - i. Informes bimensuales que evidencien respuesta favorable clínica y por imágenes a esta droga.
 - ii. Ausencia de Reacción Adversa Medicamentosa severa.
 5. Dosis. Primera dosis 400 mg/m², luego infusiones semanales de 250 mg/m². En el esquema con radioterapia sólo por siete semanas.

Dasatinib

1. Descripción. Droga inhibidor de múltiples tirosin quinasa
2. Patologías con indicación
 - a. Leucemia Mieloide Crónica (LMC)
 - b. Tumor del Estroma Gastrointestinal
3. Requisitos para autorizar su provisión
 - a. Leucemia Mieloide Crónica
 - i. Diagnóstico clínico, de laboratorio y genético de Leucemia Mieloide Crónica
 - ii. Falla del tratamiento con Imatinib o imposibilidad de realizarlo por Reacción Adversa Medicamentosa Severa.
 - iii. Datos clínicos y de laboratorio que evidencien falla del tratamiento con Imatinib.
 - iv. Ausencia de hipersensibilidad a Dasatinib
 - b. Tumor del Estroma Gastrointestinal

- i. Diagnóstico histológico de dicha enfermedad.
 - ii. Estudios por imágenes que evidencien estadio metastásico o irrecabilidad o recaída luego de cirugía.
 - iii. Falla del tratamiento con Imatinib o imposibilidad de realizarlo por aparición de Reacción Adversa Medicamentosa.
 - iv. Demostración clínica y por imágenes de falla terapéutica con Imatinib
 - v. Diagnóstico histológico de positividad para CD 117
 - i. Ausencia de hipersensibilidad a esta droga
4. Requisitos para continuar su provisión
- a. Leucemia Mieloide Crónica
 - i. Informes trimestrales que evidencien respuesta favorable, incluyendo clínica, laboratorio y genética.
 - ii. Ausencia de Reacción Adversa Medicamentosa Severa (incluir hemograma para evaluación de citopenias severas).
 - b. Tumor del Estroma Gastrointestinal
 - i. Informes trimestrales que evidencien respuesta favorable a dicha droga, incluyendo laboratorio y estudios por imágenes.
 - ii. Ausencia de Reacción Adversa Medicamentosa Severa (incluir hemograma para evaluación de citopenias severas).
5. Dosis. 70 a 90 mg dos veces al día.

Erlotinib

1. Descripción. Droga contra múltiples tirosin-quinasas.
2. Patologías con indicación
 - a. Cáncer de pulmón de células no pequeñas
 - b. Cáncer de páncreas
3. Requisitos para autorizar suministro
 - a. Cáncer de pulmón de células no pequeñas
 - i. Diagnóstico histológico de dicha patología
 - ii. Falla terapéutica a al menos un esquema terapéutico basado en una droga derivada del platino
 - iii. Estudios que demuestren falla de tratamiento a dicho esquema quimioterápico
 - iv. Estudios que demuestren irrecabilidad o estadio metastásico
 - v. Ausencia de hipersensibilidad a dicha droga
 - b. Cáncer de páncreas
 - i. Diagnóstico histológico de cáncer de páncreas
 - ii. Estudios por imágenes que demuestren irrecabilidad o estadio metastásico
 - iii. Combinación con gemcitabina en el esquema
 - iv. Ausencia de hipersensibilidad a dicha droga
 - v. Ausencia de hipersensibilidad a gemcitabina
4. Requisitos para continuar suministro
 - a. Cáncer de pulmón de células no pequeñas
 - i. Informes bimensuales que demuestren respuesta favorable, incluyendo clínica y estudios por imágenes.
 - ii. Ausencia de Reacción Adversa Medicamentosa Severa.
 - b. Cáncer de páncreas
 - i. Informes bimensuales que demuestren respuesta favorable, incluyendo clínica y estudios por imágenes.
 - ii. Ausencia de Reacción Adversa Medicamentosa Severa.
5. Dosis
 - a. Cáncer de pulmón de células no pequeñas. 150 mg/día vo
 - b. Cáncer de páncreas. 100 mg/día vo.

Etanercept

6. Descripción. droga anti Factor de Necrosis Tumoral
7. Patologías con indicación.
 - a. Artritis Reumatoide (AR)

8. Requisitos para autorizar suministro

a. Artritis Reumatoide

- i. Diagnóstico comprobable de AR (Parámetros clínicos, Laboratorio-Factor Reumatoide, VES-, y radiológico)
- ii. Falla al tratamiento con AINES, metotrexate y al menos dos tratamientos más con Fármacos Modificadores de Enfermedad (FAME): hidroxicloroquina, leflunomida, sulfazalacina. Cada tratamiento debe haberse aplicado al menos tres meses.
- iii. Demostración de actividad de la enfermedad a pesar de los tratamientos indicados arriba.

Demostración clínica, de laboratorio (VES, Factor reumatoide, PCR, trombocitosis, otros) y radiológico.

iv. PPD negativa

v. Radiografía de tórax que descarte probable tuberculosis

vi. Ausencia de patología infecciosa activa

vii. Ausencia de antecedentes de hipersensibilidad a esta droga

9. Requisitos para continuar su suministro

a. Artritis Reumatoide

- i. Informes bimensuales que evidencien respuesta favorable a esta droga, incluidos laboratorios (reactantes de fase aguda - VES, PCR, plaquetas u otros), y clínicos.
- ii. Ausencia de Reacción Adversa a Medicamentos severa.
- iii. Ausencia de Intercurrencia infecciosa severa.

10. Dosis

a. Artritis Reumatoide

- i. 12,5 a 25 mg dos veces por semana.

4 Imatinib

6. Descripción. Droga contra tirosin-quinasas selectiva del producto de la mutación BCR-ABL

7. Patologías con indicación

a. Leucemia Mieloide Crónica

b. Tumor del Estroma Gastrointestinal (GIST)

c. Dermatofibrosarcoma protuberans

d. Síndrome hipereosinofílico / leucemia eosinofílica crónica

e. Enfermedad mielodisplásica/mieloproliferativa

8. Requisitos para autorizar el suministro

a. Leucemia Mieloide Crónica

- i. Diagnóstico clínico, de laboratorio y genético (que demuestre presencia de la mutación del gen BCR-ABL) de dicha patología.
- ii. Falla terapéutica a Interferón en tratamiento al menos por tres meses.
- iii. Demostración clínica y de laboratorio de falta de respuesta a dicha droga.
- iv. Ausencia de hipersensibilidad a esta droga.

b. Tumor del Estroma Gastrointestinal

i. Diagnóstico histológico de dicha enfermedad.

ii. Estudios por imágenes que evidencien estadio metastásico o irresecabilidad o recaída luego de cirugía.

iii. Diagnóstico histológico de positividad para CD 117

iv. Ausencia de hipersensibilidad a esta droga

c. Dermatofibrosarcoma protuberans

i. Diagnóstico histológico de dermatofibrosarcoma protuberans

ii. Estudios por imágenes que evidencien irresecabilidad o estadio metastásico.

iii. Ausencia de hipersensibilidad a esta droga

d. Síndrome hipereosinofílico/ leucemia eosinofílica crónica

i. Diagnóstico hematológico e histológico de Síndrome hipereosinofílico / leucemia eosinofílica crónica.

ii. Detección de mutación genética que produce la protein quinasa de fusión FIP1L1-PDGFRalfa

- iii. Ausencia de hipersensibilidad a la droga.
- e. Enfermedad mielodisplásica/mieloproliferativa
 - i. Diagnóstico histológico de dicha enfermedad.
 - ii. Demostración de reareglo genético del receptor del Factor de Crecimiento derivado de Plaquetas.
 - iii. Ausencia de hipersensibilidad a la droga
- 9. Requisitos para continuar el suministro
 - a. Leucemia Mieloide Crónica
 - i. Informes trimestrales que evidencien respuesta favorable a dicha droga, incluyendo clínica, laboratorio y genética.
 - ii. Ausencia de Reacción Adversa a Medicamentos severa (incluido hemograma que evidencie ausencia de granulopenia severa)
 - b. Tumor del Estroma Gastrointestinal
 - i. Informes trimestrales que evidencien respuesta favorable a dicha droga, incluyendo clínica y estudios por imágenes.
 - ii. Ausencia de Reacción Adversa Medicamentosa severa (incluido hemograma que evidencie ausencia de citopenia severa).
 - c. Dermatofibrosarcoma protuberans.
 - i. Informes trimestrales que evidencien respuesta favorable a dicha droga, incluyendo clínica y estudios por imágenes.
 - ii. Ausencia de Reacción Adversa Medicamentosa severa (incluido hemograma que evidencie ausencia de citopenia severa).
 - d. Síndrome hipereosinofílico / Leucemia eosinofílica crónica
 - i. Informes trimestrales que evidencien respuesta favorable a dicha droga, incluyendo clínica y hematología.
 - ii. Ausencia de Reacción Adversa Medicamentosa severa (incluido hemograma que evidencie ausencia de citopenia severa).
 - e. Enfermedad mielodisplásica / mieloproliferativo.
 - i. Informes trimestrales que evidencien respuesta favorable clínica y de laboratorio a dicha droga.
 - ii. Ausencia de Reacción Adversa Medicamentosa severa (incluido hemograma que evidencie ausencia de citopenia severa).
- 10. Dosis
 - a. Leucemia Mieloide Crónica: 400 - 600 mg/día
 - b. Tumor del Estroma Gastrointestinal: 400 - 600 mg/día
 - c. Dermatofibrosarcoma protuberans: 800 mg/día
 - d. Síndrome hipereosinofílico/ Leucemia eosinofílica crónica: 400 mg/día
 - e. Enfermedad mielodisplásica / mieloproliferativa: 400 mg/día.

Infliximab

Descripción.

1. Anticuerpo anti Factor de Necrosis Tumoral
2. Patologías con indicación:
 - a. Artritis Reumatoide
 - b. Enfermedad de Crohn
 - c. Espondilitis anquilosante
 - d. Psoriasis
 - e. Artritis psoriásica
3. Requisitos para autorizar suministro
 - a. Artritis Reumatoide
 - i. Diagnóstico comprobable de AR (Parámetros clínicos, Laboratorio-Factor Reumatoideo, VES-, y por imágenes)
 - ii. Falla al tratamiento con AINES, metotrexate y al menos dos tratamientos más con Fármacos Modificadores de Enfermedad (FAME): hidroxicloroquina, leflunomida, sulfazalacina. Cada tratamiento debe haberse aplicado al menos tres meses.
 - iii. Demostración de actividad de la enfermedad a pesar de los tratamientos indicados

arriba.

Demostración clínica, de laboratorio (VES, Factor Reumatoideo, PCR, trombocitosis, otros) y radiológico.

iv. PPD negativa

v. Radiografía de tórax que descarte probable tuberculosis

vi. Ausencia de patología infecciosa activa

vii. Ausencia de antecedentes de hipersensibilidad a esta droga

b. Enfermedad de Crohn

i. Diagnóstico histológico de enfermedad de Crohn

ii. Falla al tratamiento convencional con esteroides, salicilatos y al menos dos esquemas con drogas inmunosupresoras (azatioprina, 6-mercaptopurina, metotrexate, ciclosporina). Cada tratamiento debe haberse realizado por al menos dos meses.

iii. Presencia de Enfermedad de Crohn fistulizante aun sin haber realizado otros tratamientos farmacológicos.

iv. PPD negativa

v. Radiografía de tórax que descarte probable tuberculosis

vi. Ausencia de patología infecciosa activa

vii. Ausencia de antecedentes de hipersensibilidad a esta droga

c. Espondilitis anquilosante (EA)

i. Diagnóstico comprobable de EA, clínico y por imágenes.

ii. Falla al tratamiento farmacológico de primera línea (AINES, esteroides) realizado al menos por dos meses cada tratamiento.

iii. Demostración clínica, radiológica y de laboratorio (VES, PCR, plaquetas, otros) de la actividad de la enfermedad luego de los tratamientos fallidos.

iv. PPD negativa

v. Radiografía de tórax que descarte probable tuberculosis

vi. Ausencia de patología infecciosa activa

vii. Ausencia de antecedentes de hipersensibilidad a esta droga

d. Psoriasis

i. Diagnóstico comprobable de psoriasis: clínico e histológico.

ii. Falla terapéutica de tratamientos locales y de al menos dos tratamientos convencionales sistémicos (Tópicos: esteroides, retinoides, derivados de vitamina D, PUVA; sistémicos: metotrexate, ciclosporina, acitretina) Cada tratamiento debe haberse realizado al menos por dos meses.

iii. Demostración clínica de la actividad de la enfermedad luego de los tratamientos fallidos.

iv. PPD negativa

v. Radiografía de tórax que descarte probable tuberculosis

vi. Ausencia de patología infecciosa activa

vii. Ausencia de antecedentes de hipersensibilidad a esta droga

e. Artritis Psoriásica (AP)

i. Diagnóstico comprobable de AP: clínico, radiológico e histológico.

ii. Falla a tratamientos convencionales. Cada tratamiento debe haberse realizado al menos por dos meses.

iii. Demostración clínica, radiológica y de laboratorio (VES, PCR, plaquetas, otros) de actividad de la enfermedad luego de los tratamientos fallidos.

iv. PPD negativa

v. Radiografía de tórax que descarte probable tuberculosis

vi. Ausencia de patología infecciosa activa

vii. Ausencia de antecedentes de hipersensibilidad a esta droga

4. Requisitos para continuar suministro

a. Artritis Reumatoide

i. Informes bimensuales que evidencien respuesta favorable a dicha droga, incluyendo clínica, laboratorio (VES, PCR, plaquetas, otros) e imágenes.

ii. Ausencia de Reacción Adversa a Medicamentos severa.

iii. Ausencia de interurrencia infecciosa severa.

- iv. Hepatograma que evidencia ausencia de hepatotoxicidad severa por esta droga.
 - b. Enfermedad de Crohn
 - i. Informes bimensuales que evidencien respuesta favorable a dicha droga, incluyendo clínica y laboratorio (VES, PCR, plaquetas, otros).
 - ii. Ausencia de Reacción Adversa a Medicamentos severa.
 - iii. Ausencia de interurrencia infecciosa severa.
 - iv. Hepatograma que evidencia ausencia de hepatotoxicidad severa por esta droga.
 - c. Espondilitis Anquilosante
 - i. Informes bimensuales que evidencien respuesta favorable a dicha droga, incluyendo clínica, laboratorio (VES, PCR, plaquetas, otros) e imágenes.
 - ii. Ausencia de Reacción Adversa a Medicamentos severa.
 - iii. Ausencia de interurrencia infecciosa severa.
 - iv. Hepatograma que evidencia ausencia de hepatotoxicidad severa por esta droga.
 - d. Psoriasis
 - i. Informes bimensuales que evidencien respuesta clínica favorable a dicha droga.
 - ii. Ausencia de Reacción Adversa a Medicamentos severa.
 - iii. Ausencia de interurrencia infecciosa severa.
 - iv. Hepatograma que evidencia ausencia de hepatotoxicidad severa por esta droga.
 - e. Artritis Psoriásica
 - i. Informes bimensuales que evidencien respuesta favorable a dicha droga, incluyendo clínica, laboratorio (VES, PCR, plaquetas, otros) e imágenes.
 - ii. Ausencia de Reacción Adversa a Medicamentos severa.
 - iii. Ausencia de interurrencia infecciosa severa.
 - iv. Hepatograma que evidencia ausencia de hepatotoxicidad severa por esta droga.
5. Dosis. 5 - 10 mg/kg semana 0, 2, 6 y luego cada 8 semanas.

Rituximab

Descripción

1. Anticuerpo monoclonal anti CD-20
2. Patologías con indicación
 - a. Linfoma No Hodgkin folicular
 - b. Linfoma No Hodgkin difuso de células grandes
6. Requisitos para autorizar suministro
 - a. Linfoma No Hodgkin folicular
 - i. Diagnóstico inmunohistoquímico de dicha neoplasia
 - ii. Falla terapéutica a tratamiento quimioterápico de primera línea
 - iii. Demostración clínica, de laboratorio y hematológica de falla terapéutica a dicho esquema.
 - iv. En esta patología esta autorizada la administración conjunta con quimioterapia como esquema de primera línea.
 - v. Ausencia de hipersensibilidad a dicha droga.
 - b. Linfoma No Hodgkin difuso de células grandes
 - i. Diagnóstico inmunohistoquímico de dicha neoplasia
 - ii. Ausencia de hipersensibilidad a dicha droga.
7. Requisitos para continuar suministro
 - a. Linfoma No Hodgkin folicular
 - i. Informes trimestrales que evidencien respuesta favorable, incluyendo clínica, estudios por imágenes, laboratorio y hematológica.
 - ii. Ausencia de Reacción Adversa Medicamentosa severa.
 - b. Linfoma No Hodgkin difuso de células grandes
 - i. Informes trimestrales que evidencien respuesta favorable, incluyendo clínica, laboratorio, estudios por imágenes y hematológica.
 - ii. Ausencia de Reacción Adversa Medicamentosa severa.
8. Dosis. 375 mg/m² dosis.

Sorafenib

1. Descripción. Droga anti multi tirosin quinasa

2. Patologías con indicación
 - a. Cáncer de riñón
 - b. Hepatocarcinoma
 3. Requisitos para autorizar suministro
 - a. Cáncer de riñón
 - i. Diagnóstico histológico de cáncer de riñón de células claras
 - ii. Estudios por imágenes que demuestren estadio avanzado locorregionalmente o metastásico.
 - iii. Falla terapéutica a un tratamiento de primera línea (interferón o interleuquina 2).
 - iv. Estudios por imágenes que demuestren falla terapéutica a interferón o interleuquina 2.
 - v. Ausencia de hipersensibilidad a la droga.
 - b. Hepatocarcinoma
 - i. Diagnóstico histológico de hepatocarcinoma
 - ii. Estudios que demuestren irresecabilidad de dicho tumor.
 - iii. Ausencia de hipersensibilidad a la droga.
 4. Requisitos para continuar suministro
 - a. Cáncer de riñón
 - i. Informes bimensuales que demuestren respuesta favorable, incluyendo clínica y estudios por imágenes.
 - ii. Ausencia de Reacción Adversa Medicamentosa severa.
 - b. Hepatocarcinoma
 - i. Informes bimensuales que demuestren respuesta favorable, incluyendo clínica y estudios por imágenes.
 - ii. Ausencia de Reacción Adversa Medicamentosa severa.
 5. Dosis
 - a. Cáncer de riñón. 800 mg/día vo
 - b. Hepatocarcinoma. 800 mg/día vo.
- Sunitinib
1. Descripción. Droga contra múltiples tirosin-quinasas
 2. Patologías con indicación.
 - a. Cáncer de riñón
 - b. Tumor del Estroma Gastrointestinal
 3. Requisitos para autorizar suministro
 - a. Cáncer de riñón como segunda línea
 - i. Diagnóstico histológico de carcinoma renal.
 - ii. Falla terapéutica a fármacos de primera línea (interferón, interleuquina 2) por al menos tres meses. O intolerancia a drogas de primera línea.
 - iii. Diagnóstico por imágenes que evidencie refractariedad o recaída luego de tratamiento convencional.
 - iv. Ausencia de hipersensibilidad a esta droga.
 - b. Cáncer de riñón como primera línea
 - i. Diagnóstico histológico de carcinoma renal
 - ii. Diagnóstico por imágenes que evidencie estadio metastásico.
 - iii. Ausencia de hipersensibilidad a esta droga.
 - c. Tumor del Estroma Gastrointestinal
 - i. Diagnóstico histológico de dicha enfermedad.
 - ii. Estudios por imágenes que evidencien estadio mestatásico o irresecabilidad o recaída luego de cirugía.
 - iii. Falla del tratamiento con Imatinib o imposibilidad de realizarlo por aparición de Reacción Adversa Medicamentosa.
 - iv. Demostración clínica y por imágenes de falla terapéutica con Imatinib
 - v. Diagnóstico histológico de positividad para CD 117
 - vi. Ausencia de hipersensibilidad a esta droga
 4. Requisitos para continuar suministro
 - a. Cáncer de riñón

- i. Informes bimensuales que evidencien respuesta favorable a dicha droga, incluyendo clínica, laboratorio y estudios por imágenes.
 - ii. Ausencia de Reacción Adversa Medicamentosa severa.
- b. Tumor del Estroma Gastrointestinal
- i. Informes bimensuales que evidencien respuesta favorable a dicha droga, incluyendo laboratorio y estudios por imágenes.
 - ii. Ausencia de Reacción Adversa Medicamentosa Severa
5. Dosis. 37,5 - 50 mg/día vo
- Trastuzumab
1. Descripción. Anticuerpo monoclonal contra el receptor del Factor de Crecimiento Epidérmico 2.
 2. Patologías con Indicación
 - a. Cáncer de mama.
 3. Requisitos para autorizar suministro
 - a. Cáncer de mama
 - i. Como monoterapia
 1. Diagnóstico histológico de dicha patología.
 2. Demostración inmunohistoquímica de sobre expresión de la proteína HER2 en el tejido tumoral.
 3. Demostración por estudios de imágenes de estadio metastásico.
 4. Falla terapéutica a al menos dos esquema quimioterápico previos
 5. Demostración por estudios de laboratorio e imágenes de dicha falla.
 6. Ecocardiograma con Ausencia de insuficiencia cardíaca.
 7. Ausencia de hipersensibilidad a esta droga
 - ii. En combinación con quimioterapia
 1. Diagnóstico histológico de dicha patología
 2. Demostración inmunohistoquímica de sobre expresión de la proteína HER2 en el tejido tumoral.
 3. Demostración por estudios de imágenes de estadio metastásico.
 4. Ecocardiograma con Ausencia de insuficiencia cardíaca.
 5. Ausencia de hipersensibilidad a esta droga.
 4. Requisitos para continuar suministro
 - a. Cáncer de mama
 - i. Informes trimestrales que evidencien respuesta favorable clínica y por técnicas de imágenes.
 - ii. Ausencia de Reacción Adversa Medicamentosa severa.
5. Dosis. Dosis inicial de 4 mg/kg Luego 2 mg/kg/dosis iv.
- Temsirolimus
1. Descripción. Inhibidor de mTOR (mamalian Target of Rapamicina)
 2. Patologías con aprobación
 - a. Cáncer de células renales.
 3. Requisitos para autorizar suministro
 - a. Cáncer de células renales
 - i. Diagnostico histológico de dicha patología
 - ii. Falla terapéutica a esquemas de primera línea (interferón, Sunitinib)
 - iii. Demostración por imágenes de dicha falla.
 - iv. Ausencia de contraindicaciones para la administración
 - Antecedentes de hipersensibilidad a la droga
 - Recuento absoluto de neutrófilos menor de 1000/mm³
 - Plaquetopenia menor de 75000/mm³
 - Insuficiencia hepática severa
 4. Requisitos para continuar suministro
 - a. Cáncer de células renales
 - i. Informes bimensuales que evidencien respuesta favorable a dicha droga.
 - ii. Métodos por imágenes que avalen dicha respuesta.

iii. Ausencia de Reacción Adversa Medicamentosa Severa a dicha droga.

5. Dosis. 25 mg semanales. 50 mg si se coadministra con una droga con potente inducción enzimática (difenilhidantoína, rifampicina, otras).

Gefitinib

1. Descripción. Inhibidor de múltiples tirosin quinasas.

2. Patologías con aprobación

a. Cáncer de pulmón de células no pequeñas.

3. Requisitos para autorizar suministro

a. Cáncer de pulmón de células no pequeñas

i. Diagnóstico histológico de cáncer de pulmón de células no pequeñas.

ii. Falla terapéutica a al menos dos esquemas quimioterápicos previos (uno de los cuales debe haber sido basado en compuestos derivados del platino y otro en docetaxel).

iii. Demostración por métodos de imágenes de dicho fracaso terapéutico.

iv. Ausencia de contraindicaciones para la administración de dicha droga (insuficiencia hepática severa, insuficiencia renal crónica terminal, antecedentes de hipersensibilidad a dicha droga).

4. Requisitos para continuar suministro

a. Cáncer de pulmón de células no pequeñas

i. Informes bimensuales que demuestren respuesta favorable a dicha medicación.

ii. Métodos por imágenes que avalen el punto anterior.

iii. Ausencia de Reacción Adversa Medicamentosa Severa a dicha medicación.

5. Dosis. 250 mg/día. 500 mg/día si se coadministra con drogas inductoras enzimáticas como difenilhidantoína o rifampicina.

Lapatinib

1. Descripción. Droga anti tirosin quinasa.

2. Patologías con aprobación

a. Cáncer de mama

3. Requisitos para autorizar suministro

a. Cáncer de mama

i. Diagnóstico histológico de dicha patología.

ii. Falla terapéutica a tratamientos previos al menos con antraciclinas, taxanos y Trastuzumab.

iii. Demostración de positividad para el receptor HER

iv. Ausencia de contraindicaciones

Hipersensibilidad a dicha droga

Falla cardíaca

Hipersensibilidad a capecitabina (debido a que debe combinarse con dicha droga).

4. Requisitos para continuar suministro

a. Cáncer de mama

i. Informes bimensuales que evidencien respuesta favorable.

ii. Métodos por imágenes que avalen dicha respuesta.

iii. Ausencia de Reacción Adversa Medicamentosa Severa

Realizar ecocardiograma para descartar miocardiopatía.

5. Dosis. 1250 mg/día vo.

Nilotinib

1. Descripción. Droga inhibidor de múltiples tirosin quinasa

2. Patologías con indicación

a. Leucemia Mieloide Crónica (LMC)

3. Requisitos para autorizar su provisión

a. Leucemia Mieloide Crónica

i. Diagnóstico clínico, de laboratorio y genético de Leucemia Mieloide Crónica

ii. Falla del tratamiento con imatinib o imposibilidad de realizarlo por Reacción Adversa Medicamentosa Severa.

iii. Datos clínicos y de laboratorio que evidencien falla del tratamiento con imatinib.

iv. Ausencia de hipersensibilidad a Nilotinib

v. Electrocardiograma basal que no evidencie prolongación del QTc

vi. Ionograma que no evidencie hipokalemia.

4. Requisitos para continuar su provisión

a. Leucemia Mieloide Crónica

i. Informes trimestrales que evidencien respuesta favorable, incluyendo clínica, laboratorio y genética.

ii. Ausencia de Reacción Adversa Medicamentosa Severa (incluir hemograma, hepatograma y ECG cada tres meses).

5. Dosis. 400 mg dos veces al día.

Y. MODULO PARA ATENCION ODONTOLOGICA PACIENTES DISCAPACIDAD:

Se reconocerá a afiliados con discapacidad que requieran prestaciones odontológicas bajo anestesia general, acorde a complejidad.

Inclusiones

Se reconocerá un valor modulado por honorarios de anestesia, honorarios odontológicos y gastos sanatoriales según protocolos de indicación y pautas detalladas en la Normativa de Reintegro

Exclusiones:

Traslado de pacientes y familiares.

Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención, de pacientes y familiares.

Diagnóstico de la enfermedad de base y sus interurrencias.

Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.

Z. PROCEDIMIENTOS NEUROQUIRURGICOS PARA TRATAMIENTO DE DOLOR CRONICO REFRACTARIO A TRATAMIENTOS CONVENCIONALES

Inclusiones

Colocación de sistema totalmente implantable para la infusión intratecal de fármacos

Lesión/ colocación de electrodos cerebrales profundos mediante técnica estereotáctica y microrregistro intraoperatorio e implante de generador.

Exclusiones

Traslado de pacientes y familiares.

Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención, de pacientes y familiares.

Diagnóstico de la enfermedad de base y sus interurrencias.

Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.

AA. PROCEDIMIENTOS NEUROQUIRURGICOS PARA TRATAMIENTO DE MOVIMIENTOS ANORMALES Y ESPASTICIDAD RESISTENTES A TRATAMIENTO MEDICOS

Inclusiones

Colocación de sistema totalmente implantable para la infusión intratecal de fármacos.

Lesión/ colocación de electrodos cerebrales profundos mediante técnica estereotáctica y microrregistro intraoperatorio e implante de generador.

Exclusiones

Traslado de pacientes y familiares.

Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención, de pacientes y familiares.

Diagnóstico de la enfermedad de base y sus interurrencias.

Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.

BB. MODULO PARATIROIDECTOMIA

Inclusiones

Hiperparatiroidismo secundario a Insuficiencia Renal Crónica Terminal.

CC. MODULO PRETRASPLANTE RENAL (SITUACIONES PARTICULARES)

Inclusiones

Modulo pretrasplante que por alguna indicación o complicación sale de la situación ordinaria de la evaluación pretrasplante.

DD. TERAPIA RADIANTE

Inclusiones

Telecobaltoterapia

Acelerador Lineal 2D

Radioterapia tridimensional 3D

Radioterapia estereotáxica

Braquiterapia de alta tasa

Radiocirugía estereotáxica

Radioterapia de intensidad modulada (IMRT)

CAPITULO 8

TRAMITACION DE REINTEGROS DE GASTOS POR PRESTACIONES Y PROVISIONES RECONOCIDAS FUERA DE CAPITA.

HEMOFILIA

Se reconocerá reintegro de gastos por la medicación específica en los siguientes casos:

1. Hemofilia A o B severa (según Resolución APE 9500/2005) con anticuerpos anti factor VIII y IX respectivamente durante episodios agudos de sangrado.

Criterios para su aprobación

i. Demostración de déficit de factor VIII o IX

ii. Demostración de anticuerpos anti factor VIII o IX

iii. Episodio de sangrado agudo

2. Déficit congénito de factor VIIa

Criterios para su aprobación

i. Demostración de déficit de factor VII.

ii. Episodio de sangrado agudo.

INCLUSIONES:

En caso de que los pacientes necesitaran altas dosis de Factores por inmunotolerancia se considerará:

Tratamiento farmacológico a demanda con factor VII A Recombinante, siempre y cuando hayan sido evaluados, e indicada su prescripción, por la Dirección de Investigaciones Hematológicas de la Academia Nacional de Medicina.

Información que se deberá enviar en cada solicitud de reintegro será:

a) Prescripción médica con diagnóstico del accidente tratado, emitido por médico especialista en hematología o hemoterapia.

b) Resumen de Historia Clínica con evolución del accidente.

c) Planilla de cronograma de administración avalado por médico especialista

d) Requisitos especiales: Además de los requisitos propios establecidos por la normativa vigente, deberán presentar la siguiente documentación:

Hemofilia A o B severa

Copia del resultado de dosaje del inhibidor circulante.

Peso del paciente.

Indicación médica con mención de la dosis por kilogramo de peso.

Tipo de protocolo utilizado (Standard, Doble Standard o Alto).

EXCLUSIONES:

Traslado de pacientes y familiares.

Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención, de pacientes y familiares.

Diagnóstico de la enfermedad de base y sus interurrencias.

Estudios relacionados con el control evolutivo y de la respuesta al tratamiento.

Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.

ENFERMEDAD DE GAUCHER

Se reconocerá reintegro de gastos por la medicación específica a beneficiarios con certificado de discapacidad en los siguientes casos:

Documentación a presentar:

Al inicio y en forma trimestral:

Evaluación clínica general.

Al inicio y en forma anual:

Evaluación neurológica (incluye RMI columna cx, estudio de deglución y Potenciales evocados somatosensitivos).

Evaluación respiratoria (incluye polisomnografía).

Evaluación cardiológica.

Evaluación ortopédica.

Evaluación oftalmológica.

Al inicio:

Medición de la actividad de la enzima deficiente en leucocitos, plasma o cultivo de fibroblastos de piel (diagnóstico de certeza).

INCLUSIONES:

Terapia de reemplazo enzimático

Asesoría a nivel institucional en la temática referida.

EXCLUSIONES:

Traslado de pacientes y familiares.

Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención, de pacientes y familiares.

Diagnóstico de la enfermedad de base y sus interurrencias.

Estudios relacionados con el control evolutivo y de la respuesta al tratamiento.

Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.

En ambas patologías se debe cumplimentar lo indicado en el Capítulo 1 del presente Reglamento para su facturación.

LISTADO DE PLANILLAS E INFORMES

1. PLANILLA DE SOLICITUD DE REINTEGRO

2. INFORME CONSOLIDADO MENSUAL - CERTIFICACION DE AFILIADOS VIGENTES PROVISION

DE INMUNOSUPRESORES.

PLANILLA DE SOLICITUD DE REINTEGRO														
UNIDAD EJECUTORA														
Apellido y Nombre/s del beneficiario						Doc.	Tipo	N°						
						Fecha de N								
N° Afiliad							Edad		Sexo	M	F			
Domicilio permanente								Teléfono						
Localidad						Provincia								
DIAGNÓSTICO DE BASE														
MOTIVO DE LA SOLICITUD														
SOLICITUD														
Médico solicitante:						Matrícula N°								
						Sello Entidad solicitante				Firma y sello Responsable UGP				
Fecha de emisión														

INFORME CONSOLIDADO MENSUAL CERTIFICACION DE AFILIADOS VIGENTES

PROVISION DE MEDICACION INMUNOSUPRESORA

PROVINCIA.

A APLICARSE AL MES:

/2011

Beneficiario 1	N° 405	DROGA 1	DOSIS/DIA	CAJAS
Beneficiario 1	N° 405	DROGA 2	DOSIS/DIA	CAJAS
Beneficiario 1	N° 405	DROGA 3	DOSIS/DIA	CAJAS
Beneficiario 1	N° 405	DROGA 4	DOSIS/DIA	CAJAS
Beneficiario 1	N° 405	DROGA 5	DOSIS/DIA	CAJAS
Beneficiario 2	N° 405	DROGA 1	DOSIS/DIA	CAJAS
Beneficiario 2	N° 405	DROGA 2	DOSIS/DIA	CAJAS
Beneficiario 2	N° 405	DROGA 3	DOSIS/DIA	CAJAS
Beneficiario 2	N° 405	DROGA 4	DOSIS/DIA	CAJAS
Beneficiario 2	N° 405	DROGA 5	DOSIS/DIA	CAJAS

Observaciones:

Beneficiario: Nombre y Apellido

N° 405: completar cifras del beneficio

Droga, 2, 3, 4: Nombre genérico del inmunosupresor y su concentración

Dosis / día: Prescripción diaria indicada por el médico especialista

Cajas: cantidad de envases requeridos por mes

LUGAR Y FECHA DE EMISION DEL PRESENTE

