



NACIONAL



RESOLUCION 1400/2003
ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES (APE)

Agentes del seguro de salud -- Solicitudes de subsidios
por medicación de tratamiento prolongado --
Modificación de la res. 1001/2003 (A.P.E.).
Fecha de emisión: 11/03/2003; Publicado en: Boletín
Oficial 13/03/2003

VISTO la Resolución N° 1001/03 de esta Administración de Programas Especiales, y
CONSIDERANDO:

Que la Resolución citada en el VISTO establece requisitos especiales que deberán presentar los Agentes de Salud en sus solicitudes de subsidios por medicación de tratamiento prolongado.

Que la Comisión de Especialistas integrada para la evaluación, consideración y actualización de las normativas que tratan los diferentes tratamientos farmacológicos de largo tratamiento ha juzgado necesario precisar algunos requisitos establecidos e incluir otros que respondan al avance de la ciencia.

Que asimismo, y en razón de las variaciones de precios que sufren los medicamentos, la Comisión antes mencionada ha propuesto derogar el Anexo II de la Resolución N° 1001/03-APE, para de esta manera no encasillar los precios a una fórmula estanca que muchas veces no se condice con la realidad.

Que por lo expuesto, se hace conveniente proceder a la modificación del Anexo I y a la derogación del Anexo II, ambos de la Resolución N° 1001/03-APE.

Por ello, en uso de las atribuciones fijadas por los Decretos N° 53/98 y 167/02,

EL INTERVENTOR
DE LA ADMINISTRACION
DE PROGRAMAS ESPECIALES
RESUELVE:

Artículo 1° - Derógase el Anexo II de la Resolución N° 1001/03-APE.

Art. 2° - Modifícase el Anexo I de la Resolución N° 1001/03-APE el que quedará redactado conforme el Anexo I de la presente.

Art. 3° - La Gerencia de Prestaciones propondrá en el término de 30 (treinta) días a partir de la fecha de la publicación de la presente, una redacción alternativa para el Anexo II de la Resolución 1001/03-APE.

Art. 4° - Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y oportunamente archívese.

Eugenio D. Zanarini.

ANEXO I
NORMAS PARA SUBSIDIOS POR
MEDICAMENTOS

En todos los casos, las auditorías en terreno deberán estar confeccionadas en papelería oficial del Agente de Salud solicitante y contendrán droga, dosis, período de cobertura y dosis total.

Asimismo, deberán ser coincidentes con la prescripción médica del profesional actuante.

ENFERMEDAD DE GAUCHER

Se subsidiará Imiglucerasa (Cerezyme(r)) de acuerdo a las siguientes normas:

Serán considerados viables los subsidios solicitados cuando se cumplan los siguientes requisitos:

1) Enfermedad tipo I no neuropática del adulto con uno o más de los siguientes signos:

a) Trombocitopenia con tendencia al sangrado. Recuento de plaquetas menor a 120.000 x mm³.

b) Anemia moderada o severa luego de excluir otras deficiencias como falta de hierro. Hemoglobina: 1,0 g/dl debajo del límite inferior para sexo y edad.

c) Patología ósea luego de excluir otras causas como déficit de Vitamina D.

d) Evidencia radiológica de enfermedad esquelética más allá de la osteopenia y/o deformación de Erlenmeyer.

e) Enfermedad de Erlenmeyer (patología ósea característica) evaluada a través de RM o Rx femorales o de columna.

f) Hepatomegalia significativa (tamaño hepático más de 1,25 veces del valor normal - 1.750 cc, en adultos) y esplenomegalia (tamaño cinco veces o más mayor al valor normal - 875 cm³ en adultos).

2) Menores de 18 años con enfermedad tipo I.

No se considerarán subsidiables las solicitudes por no ser clínicamente beneficiosa su utilización en los siguientes casos:

1) Pacientes con enfermedad de Gaucher Tipo II y III.

2) Portadores asintomáticos.

3) Utilización profiláctica en casos leves.

La información que deberá contener cada solicitud es la siguiente:

a) Historia Clínica detallada con tipo de enfermedad (I, II o III).

b) Exámenes de laboratorio (Hemograma completo, conteo de plaquetas).

c) Informe radiológico.

d) Confirmación de la patología mediante punción biopsia hepática y/o dosaje enzimático (beta-glucocerebrosidasa u otras) y/o estudios genéticos.

HEMOFILIA

Se reconocerán apoyos financieros 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.

El tratamiento se cubrirá por reintegro del cincuenta por ciento (50%) del gasto en factores antihemofílicos de acuerdo con las necesidades de cada caso, sin estipularse período de cobertura.

La primera vez que se solicite subsidio por un paciente hemofílico, el Agente de Salud deberá incorporar certificación médica de tipo y gravedad de la hemofilia, emitido por médico especialista en hematología.

Información que deberá enviar el Agente de Salud en cada solicitud de subsidio:

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) Cuadro apaisado.

d) Facturas y recibos del proveedor de los factores.

HORMONA DE CRECIMIENTO

Se reconocerá la cobertura del subsidio en los siguientes casos:

1) Déficit de la hormona.

2) Insuficiencia Renal Crónica.

3) Síndrome de Turner.

4) Síndrome de Prader Willi

No se reconocerá la cobertura del subsidio en los siguientes casos:

1) Niños con baja estatura idiopática.

2) Niños que están recibiendo Hormona de Crecimiento y que presenten:

- a) un percentilo igual o mayor de tres (3).
- b) edad ósea igual o mayor a 14 años en niñas y 16 años en varones.
- c) incremento de velocidad de crecimiento menor a 2 cm. por año luego de un año de tratamiento.
- d) cierre de los cartílagos de crecimiento.

Información que deberá enviar el Agente de Salud en cada solicitud de subsidio:

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

ESCLEROSIS MULTIPLE

Se subsidiará Interferón beta 1a-1b, según los siguientes:

- a) Criterios de Inclusión:
 - i) Forma Remitente Recidivante.
 - ii) Forma Secundaria Progresiva clínicamente activa.
- b) Criterios de Exclusión:
 - i) Embarazadas.
 - ii) Pacientes sin requisitos clínicos e imagenológicos.
 - iii) Forma Secundaria Progresiva no activa.
 - iv) Forma Primaria Progresiva.
 - v) Forma Primaria Progresiva con Recaídas.
 - vi) Pacientes sin respuesta al tratamiento, evidenciada por:
 - (1) Aumento del número de recaídas al segundo año de tratamiento en pacientes tratados con dosis útiles.
 - (2) Aumento en la velocidad de progresión.
 - (3) Aumento de lesiones nuevas Gadolinio captantes en RMN, respecto al pretratamiento.

Información que deberá enviar el Agente de Salud en cada solicitud de subsidio:

- a) Resumen de Historia Clínica, con:
 - i) Diagnóstico (forma clínica).
 - ii) Actualización del grado de discapacidad según Kurtzke (EDSS), que debe ser de 5.5. o menor.
 - iii) Evidencia de dos (2) o más exacerbaciones en los dos últimos años.
- b) Informe de RMN con lesiones compatibles con EM; al menos tres (3) de las cuatro (4) siguientes:
 - i) Una lesión Gadolinio captante o nueve (9) hipointensas si no hay captación.
 - ii) Una (1) o más lesiones infratentoriales.
 - iii) Una (1) o más lesiones yuxtacorticales.
 - iv) Tres o más lesiones periventriculares (una lesión en médula espinal sustituye una lesión cerebral).

HEPATITIS CRONICA B o C:

Se reconocerá Interferón alfa 2a - 2b - 2a pegilado.

Información que deberá enviar el Agente de Salud en la primera solicitud de subsidio:

- a) Resumen de Historia Clínica, con:
 - i) Biopsia hepática.
 - ii) Carga viral.
 - iii) Tipificación del virus.

En las subsiguientes corresponde solamente informar variación en la Carga Viral.

FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS GRANULOCITICAS

Se autorizará el subsidio en tratamientos de neutropenias severas (menos de 1.000 neutrófilos x mm³). Se requiere el envío por parte del Agente de Salud de los análisis bioquímicos que demuestren esta situación.

Los subsidios se otorgarán por tratamiento, no por períodos preestablecidos. Cada nuevo período deberá estar avalado por resultados de laboratorio.

TEICOPLAMINA (TARGOCID(r))

Sólo se subsidia cuando se utilice en infecciones a estafilococos meticilino resistentes. Debe presentarse en el expediente el cultivo y el antibiograma.

RILUZOLE (RILUTEK(r))

Se subsidia para el tratamiento de la Esclerosis Lateral Amiotrófica. No se subsidia para otras formas de enfermedad de la neurona motora.

Criterios:

- 1) Capacidad vital forzada mayor al sesenta por ciento (60%).
- 2) Sin traqueotomía.

Información que deberá enviar el Agente de Salud en cada solicitud de subsidio:

- 1) Historia Clínica completa,
- 2) Estado evolutivo actual del paciente.
- 3) Informe de capacidad vital forzada.

ANALOGOS DE LA SOMATOSTATINA

Se subsidiarán aquellas solicitudes que presenten Historia Clínica completa y estudios de laboratorio e imágenes de las siguientes patologías: síndrome carcinoide y tumores hipofisiarios productores de somatostatina.

