

# **CURSO ANUAL DE AUDITORIA MÉDICA**

## **2014**

### **HOSPITAL ALEMAN**

**DIRECTOR.**

**DR. AGUSTIN ORLANDO**

**MONOGRAFIA**

**ANALISIS Y EVALUACION DE LA RESOLUCION 1048/14 DE LA  
SSSALUD**

**SU IMPACTO EN LA AUDITORIA MÉDICA**

**AUTORES**

**ZULMA CARINA OLEA**

**CLAUDIA PORTADA**

**ROMILDA VOLOCH**



**NOVIEMBRE DE 2014**

....“necesitamos una alternativa que establezca prioridades, que consiga resultados de salud, integre, racionalice y coordine el sistema....

....necesitamos una fuerte regulación para garantizar mayores resultados en salud. Necesitamos más salud por el mismo dinero ...”

*González García / Tobar*

## INTRODUCCION

“Este grupo de estudiantes intentará con esta monografía analizar y evaluar si en los 15 años transcurridos desde esta frase escrita en la pagina 169 del capitulo 5 del libro “mas salud por el mismo dinero” pudo ponerse en practica.”

Hasta el final del siglo XX cualquier teoría por más cercana a la realidad o al deseo de todos parecía imposible de concretar. Argentina llegaba al final del siglo con un sistema de salud totalmente quebrado por la falta de financiamiento. La caída de empleo hizo perder beneficiarios a las obras sociales, la falta de dinero hizo que los privados bajaran de planes en la medicina PRE- paga y la falta de presencia estatal desfinanció al sistema publico

Los tres sub sectores que al día de hoy y desde hace más de 70 años cubren la salud en nuestro país-

1. Sistema público que se financia con rentas generales
2. Sistema de obras sociales que se financia con el aporte de los trabajadores y la contribución de los empleadores
3. Sistema privado que son acuerdos contractuales entre privados

Estos conviven y se entrecruzan sin conflictos

La salud en Argentina se conforma del sistema de salud público, el sistema de obras sociales y el de la salud privada.-Alrededor de un 37,6% de la población se atiende por el sistema público y un 51,52% por obras sociales.\*

Las investigaciones en el campo de la ciencia y la tecnología en medicina han avanzado en los últimos 15 años de forma tal que nada alcanza a sorprender, muy difícil de sostener sin cobertura / financiamiento de alguno de los tres sectores o de la interrelación de los tres

Por tal motivo nos planteamos como podía brindarse más salud con el mismo dinero? Y a más habitantes? Y a todos por igual? Y con calidad, sin desfinanciar el sistema, controlando los posibles fraudes ?

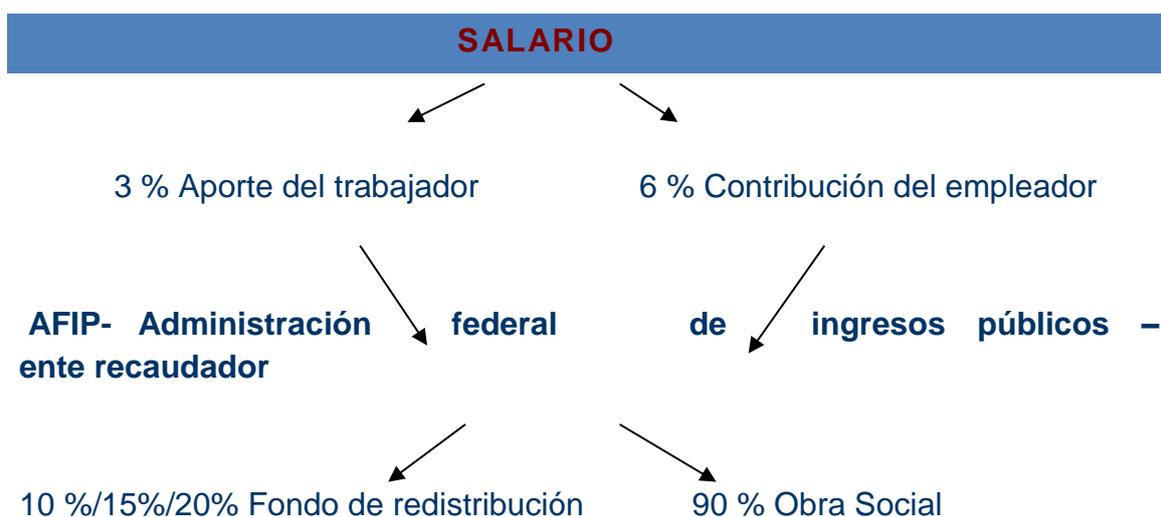
No podemos dar respuesta a todas estas preguntas pero creemos que la resolución 1048 /14 algo nos ayuda.

### **OBJETIVOS**

Decir que los fondos en salud son finitos y los gastos son infinitos no es nuevo. Encontrar como administrar y utilizar los recursos para recuperar los altos costos de las patologías de bajo impacto

### **Financiamiento de las Obras sociales**

El origen de las obras sociales en la argentina fue a través de las relaciones laborales, estaban asociados a su rama de actividad laboral. La financiación de las mismas corresponde a los aportes y contribuciones del salario de 14 millones de trabajadores argentinos, con lo que se cubre las prestaciones de primer, segundo y tercer nivel de atención. Con el fondo solidario de redistribución se cubren las patologías de bajo impacto y alto costo (HIV; Transplantes; Oncológicos; Discapacidad; Prótesis; etc.)



### **DESARROLLO**

La superintendencia reconoce las nuevas tecnologías y el avance de los medicamentos

Es el trabajo de todos los días, hay más trasplantes, más enfermos oncológicos y estudios específicos por lo que la resolución pasa a ser por momentos guía de normas y procedimientos, marco de referencia que de alguna forma nos orienta antes de iniciar el caso

Esta resolución es más coherente, más acorde. Es inclusiva. Antes la mayoría de las patologías debían solicitarse por vía de excepción.

La nueva resolución también impide un supuesto fraude, el entrecruzamiento de datos hace que nada quede librado al azar. Se pide para todas las prestaciones el consentimiento informado del paciente, está alerta en la coherencia de la historia clínica. Solicita rayos X para confirmar que se haya colocado la prótesis solicitada etc.

Es un medio de recuperación de dinero mucho más rápido , hoy por hoy los pagos se han acortado a lo sumo 30 días. Se han incluido prestaciones de mucho costo que igual había obligación de brindar pero no era seguro su recupero.

El sistema también hace docencia, ante un rechazo marca el error si tiene solución se hace el recupero.

Ante protocolos que no concuerdan o doble prestación se prenden los alertas

### **DESCRIPCION ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA DE LA RES.1048/14**

- Permite copia de HC y las recetas, debiendo la Ob. Social mantener disponible los originales.
- En los comprobantes de dispensa, contempla la firma del farmacéutico y no necesariamente del director técnico de la farmacia como se pedía anteriormente.
- Establece definitivamente el vencimiento de las prestaciones, luego de 24 meses a diferencia de la 1561/12 que lo hacía a los 12 meses.

PRESTACIONES: DISPOSITIVOS Y PROCEDIMIENTOS SUJETOS A REINTEGROS

SISTEMA ORGANICO FUNCIONAL: CARDIOVASCULAR CENTRAL Y PERIFERICO

PATOLOGIAS:

1. ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL Y TORACICA
2. ARRITMIAS VENTRICULARES

3. ARRITMIAS CARDIACAS
4. ARRITMIAS SUPRAVENTRICULARES
5. SHOCK CARDIOGENICO
6. DEFECTOS CONGENITOS CON COMUNICACIONES EN EL SISTEMA CARDIOVASCULAR
7. ESTENOSIS AORTICA
8. CARDIOPATIAS DE CAUSA ISQUEMICA VALVULAR O CONGENITA
9. INSUFICIENCIA CARDIACA/ INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
  - INSUMO/ TECNOLOGIA
  - FUNDAMENTO DIAGNOSTICO
  - FUNDAMENTO TERAPEUTICO

4- DOCUMENTACION A PRESENTAR PARA QUE SE EFECTUE EL REINTEGRO

PARA EXPLICAR ESTOS CUATRO PUNTOS, TOMAREMOS UNA PATOLOGIA DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR Y LA DESCRIBIREMOS PARA SU TOTAL COMPRESION.

- PATOLOGIA: ARRITMIAS VENTRICULARES. PREVENCION DE MUERTE SUBITA CARDIACA.

TECNOLOGIA/ INSUMO:

- CARDIODESFIBRILADOR IMPLANTABLE uní o bilateral, o CDI, es un dispositivo con función de estimulación cardiaca similar a la del marcapasos. Lleva incorporada la capacidad de detectar arritmias cardiacas que ponen en riesgo la vida (taquicardia fibrilación ventricular), y en esas circunstancias administra un choque eléctrico, restaurando el ritmo normal del corazón, evitando la muerte súbita por arritmia.

El CDI consta de 1 o 2 catéteres que alcanzan las cavidades derechas del corazón y una unidad funcional. Básicamente este dispositivo capta señales intracardiacas y las analiza según los parámetros programados, discriminando si se corresponden con una taquiarritmia Ventricular.

- FUNDAMENTO DIAGNOSTICO:
  - 1- ECG
  - 2- ECOCARDIOGRAMA DOPPLER
  - 3- ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO

- 4- ESTUDIO DE HOLTER
- 5- CINECORONARIOGRAFIA ( si corresponde)
- 6- SPECT (según corresponda)
- 7- RESONANCIA MAGNETICA (según corresponda)
- 8- ESTUDIO GENETICO (según corresponda)
- 9- SEROLOGIA CHAGAS (según corresponda)

Prevención secundaria:

Paciente reanimado de taquicardia ventricular sostenida (TVS) /fibrilación ventricular (FV), con inestabilidad hemodinámica o paro cardiorrespiratorio (PCR), independientemente de la etiología pero fuera del contexto de una causa reversible (hipokalemia, infarto agudo de miocardio, intoxicación medicamentosa).

Enfermedad cardíaca estructural independiente del grado de deterioro de la función sistólica ventricular izquierda y TVS espontánea, ya sea hemodinamicamente estable o inestable. Sincope de origen no determinado con TV o FV clínicamente relevante y sostenida y hemodinamicamente significativa inducida en el estudio electrofisiológico.

Prevención primaria:

Fracción de eyección ventricular izquierda= 35% debido a infarto de miocardio previo, al menos 40 días antes o miocardiopatía dilatada, no isquémica, clase funcional (NYHA) II o III, bajo tratamiento médico óptimo (debe incluir salvo contraindicaciones inhibidores de enzima convertidora de angiotensina IECA, betabloqueantes, antialdosterónicos. Disfunción ventricular izquierda debido a IAM previo por lo menos 40 días antes, FEVI= 30%, clase funcional NYHA I Displasia del ventrículo derecho arritmogénica/cardiomiopatía, con uno o más factores de riesgo de muerte súbita. Síndrome QT largo, experimentando sincope y/o TV mientras recibe betabloqueantes.

Pacientes no hospitalizados como puente a recibir un trasplante cardíaco. Síndrome de Brugada con sincope, TV sostenida u otros factores de riesgo asociados (muerte súbita familiar, inducción TV/FV en estudio electrofisiológico) TV polimórfica catecolaminérgica con sincope y/o TV sostenida documentada durante tratamiento con betabloqueantes.

La enfermedad de Chagas recibirá CDI, siguiendo los mismos lineamientos de la miocardiopatía no isquémica. TV sostenida y sintomática en niño o adulto con cardiopatía congénita. Sincope recurrente de origen desconocido en niño o adulto con cardiopatía congénita en presencia de disfunción ventricular. Miocardiopatía hipertrófica definida y alguno de los siguientes antecedentes:

1. Antecedente personal de muerte súbita o taquicardia ventricular sostenida.

2. Historia de muerte súbita relacionada a la miocardiopatía hipertrófica en al menos un familiar de primer grado
3. Haber experimentado al menos un episodio sincopal reciente.
4. Hipertrofia masiva del ventrículo izquierdo, espesor parietal máximo igual o mayor de 30 Mm.
5. Detección de taquicardia ventricular sostenida en el registro ambulatorio de Holter.
6. Respuesta hipotensiva plana de la presión arterial durante el ejercicio (incremento de la presión arterial menor a 25 mm Hg)

**DOCUMENTACION MÉDICA ESPECÍFICA A PRESENTAR PARA EL REINTEGRO:**

A- Resumen de Historia Clínica donde consten los estudios complementarios realizados: ECG, ECOCARDIOGRAMA DOPPLER, CINECORONARIOGRAFIA, RMN, SPECT, HOLTER, ESTUDIOS DE LABORATORIO, con firma del profesional interviniente, y del Auditor Medico del Agente del Seguro de Salud.

B- Aclarar si es prevención primaria o secundaria de muerte súbita, debe llevar la firma del medico electrofisiologo y del Auditor Medico.

C- Solicitud del dispositivo con detalle técnico (CARDIODESFIBRILADOR VVIR O DDDR, DOBLE O SIMPLE COIL, POTENCIA DEL GENERADOR, ALGORITMOS ESPECIALES, PARA CONTROL DE FLUIDOS O MINIMIZACION DE LA ESTIMULACION VENTRICULAR, MONITOREO REMOTO) y detalle del fundamento terapéutico ( prevención primaria o secundaria), Firma y Sello del profesional especialista que lo indica y del Auditor Medico del Agente del Seguro de Salud.

D- Consentimiento informado

E- Comprobante del implante del dispositivo

F- Protocolo del procedimiento "EXTRAIDO DEL ANEXO III.1, PRESTACIONES: DISPOSITIVOS Y PROCEDIMIENTOS SUJETOS A REINTEGROS, paginas 40, 41,42 y 43. ISIS. (Instituto de la Investigación Sanitaria de la Seguridad Social)

**Sistema Orgánico funcional: Aparato Digestivo**

Afección de la salud: Enfermedad Hepática Infecciosa

- Patologías: Hepatitis Crónica por Virus B - Hepatitis Crónica por Virus C
- Módulo de tratamiento para paciente infectado con Virus de Hepatitis B

- Módulo de seguimiento para paciente mono infectado con Virus de Hepatitis C y para paciente co infectado con VIH.

**1) Hepatitis Crónica por Virus B -** Módulo de tratamiento para paciente infectado con Virus de Hepatitis B.

**Fundamento diagnóstico:**

Se define infección crónica por virus de la Hepatitis B (VHB) a la persistencia del HbsAg por más de 6 meses. En ésta, se distinguen cuatro fases de acuerdo a presencia o ausencia del HbeAg, niveles séricos de VHB ADN y de Alanino Aminotransferasa (ALT) y y hallazgos histológicos.

**Prestaciones Reconocidas en el módulo:**

- Interferón Pegilado alfa 2a (PEG INF alfa 2a)
- Lamivudina - Adefovir-dipivoxil - Entecavir - Telbivudine - Tenofovir
- **Carga viral para hepatitis B**

**Fundamento terapéutico general:**

Personas infectadas con VHB, portadoras de un ADN HVB por encima de 2000 UI/ml (alrededor de 10.000 copias virales/ml) y/o niveles de ALT que superen el límite normal y con una histología hepática que muestre inflamación de grado moderado a severo (METAVIR mayor a A2 y/o F2).

También deben ser tratadas las personas con cirrosis, tanto los pacientes compensados como los descompensados.

De no ser posible la biopsia hepática, puede realizarse la elastografía hepática (Fibroscan).

**Fundamento terapéutico por estadio:**

**a) Pacientes con antígeno HbeAg positivo:**

- El Interferón Pegilado alfa 2 puede considerarse como tratamiento de primera línea, a dosis de 180 ug por semana durante 48 semanas.
- También se consideran como fármacos de primera línea el Entecavir ó Tenofovir, que se prefieren en pacientes con viremias muy elevadas y/o niveles de ALT menor a 2 veces el límite superior.
- La Lamivudina, Adefovir y Telvibudina no son preferentemente de primera línea, dada la elevada resistencia que generan.

**b) Pacientes con antígeno HbeAg negativo**

- El Interferón Pegilado alfa 2 estaría indicado en pacientes jóvenes, con baja carga viral, ALT elevada, preferentemente genotipo no D y, de estar disponible la biopsia, una anatomía patológica que demuestre elevada actividad inflamatoria (A2 o más). El tratamiento se extiende por un lapso de 48 semanas.
- El Entecavir y el Tenofovir constituyen también drogas de primera elección, en pacientes con ausencia de respuesta al Interferón, contraindicación o intolerancia al mismo.

### **c) Cirrosis**

- Las drogas de primera línea son el Entecavir y el Tenofovir (preferentemente en personas ya tratadas con Lamivudina).
- El Interferón Pegilado alfa2 sólo se encontraría indicado en pacientes con cirrosis compensada, con buena reserva funcional hepática (estadio CHILD A) y criterios favorables de respuesta. Se encuentra contraindicado en pacientes con cirrosis descompensada.

#### **Esquema de seguimiento:**

Carga viral: basal, y luego de acuerdo al esquema de tratamiento bajo el cual se encuentre el paciente, a la semana 12, 24 y 48 de iniciado el tratamiento, luego dependerá de la respuesta virológica y la presencia o no de cirrosis. Serán reconocidas hasta 3 cargas virales por año.

#### **Documentación médica específica para el reintegro:**

- Correcta confección de las planillas de Reintegro de Hepatitis B, donde debe constar toda la información solicitada.
- Consentimiento informado.
- Indicación del tratamiento firmada y sellada por el médico tratante y por el Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud

Patología: Hepatitis Crónica por Virus C - Módulo de tratamiento para paciente mono infectado con Virus de Hepatitis C y para paciente co infectado con VIH

#### **Fundamento diagnóstico:**

1. Se define infección aguda por Virus de la Hepatitis C (VHC) al cuadro caracterizado por signos clínicos de daño hepático y aumento de las transaminasas, con IgM VHA, anti-HBc IgM y HbsAg negativos. El anti-VHC por ELISA, en general, se vuelve positivo luego de la 4ª semana del comienzo de los síntomas. Deberá solicitarse de inicio o ante la sospecha de infección por

virus de hepatitis C, un estudio de ARN VHC sérico considerando la aparición tardía de los anticuerpos anti-VHC de tipo IgG.

2. Se define infección crónica por Virus de la Hepatitis C a la persistencia del ARN VHC por un lapso mayor a los 6 meses luego de la primera determinación. El diagnóstico debe ser confirmado por las dos determinaciones positivas (el anti-VHC por ELISA y el ARN VHC por PCR).

**Prestaciones reconocidas en el módulo:**

- Interferón Pegilado alfa 2a (PEG INF alfa 2a)
- Interferón Pegilado alfa 2b (PEG INF alfa 2b)
- Ribavirina (RBV)
- Boceprevir (BOC)
- Telaprevir (TVR)
- Carga Viral del VHC
- Determinación del polimorfismo del gen IL28B

**Fundamento terapéutico general:**

Todas las personas portadoras de VHC ARN sérico asociado a enfermedad hepática compensada serán consideradas como candidatos a tratamiento.

Se deberá considerar el tratamiento de hepatitis C crónica en forma precoz en el curso de una infección por VIH, antes de la necesidad de inicio de la terapia antirretroviral (TARV). Se sugiere no iniciar el tratamiento para VHC crónica en aquellas personas con infección VIH no controlada: CD4 < a 200 células/ml y ARN VIH > 100.000 copias/ml. En estos casos primero es necesario incrementar el recuento de CD4 y suprimir la replicación del VIH con el TARV, antes de instaurar el tratamiento para la hepatitis crónica por VHC.

Genotipo 1: se comenzará el tratamiento con una biopsia hepática que demuestre anatomopatológicamente fibrosis significativa (METAVIR = F2 o score de Ishak = F3) dado el riesgo aumentado de complicaciones clínicas en el mediano plazo que presenta esta situación. En caso de presentar METAVIR < F2 se deberá realizar una evaluación individual teniendo en cuenta la edad del paciente, presencia de comorbilidades, riesgo de efectos adversos y motivación individual para el tratamiento.

Genotipos 2 y 3: podrían tratarse sin realización de biopsia hepática, dada la mayor probabilidad de alcanzar la erradicación viral con menor tiempo de tratamiento (menor riesgo de padecer efectos adversos serios). Ambos factores

(mayor respuesta y menor riesgo) hacen aceptable la idea de tratar a personas que podrían tener fibrosis leve.

### **Esquemas terapéuticos:**

Actualmente, PEG-interferón + RBV es el tratamiento estándar aprobado para tratar la hepatitis C crónica en nuestro país.

- PEG-interferón asociado a Ribavirina.
- PEG-INF alfa-2a: 180 µg, subcutáneo, una vez por semana
- PEG-INF alfa-2b: 1,5 µg por kg de peso, subcutáneo, una vez por semana RBV:

- Genotipos 1 y 4: 15 mg/kg/día v. o.

- Genotipos 2 y 3: 800 mg/día v. o. En caso de pacientes con comorbilidades tales como sobrepeso, resistencia a la insulina, fibrosis hepática severa o cirrosis: 15 mg/kg/día v. oral.

Esta combinación de fármacos debe ser indicada durante un periodo de 24 semanas en los genotipos 2 y 3, y durante 48 semanas en los genotipos 1 y 4. Los tiempos de tratamiento podrán acortarse o prolongarse de acuerdo a los resultados observados en la cinética viral precoz del VHC.

### **2. Inhibidores de Proteasa (IP):**

- Boceprevir (BOC): 800 mg v. o. (4 cápsulas de 200 mg) cada 8 hs. Luego de un período de 4 semanas de "lead in" sólo con PEG-INF alfa y RBV.
- Telaprevir (TVR): 750 mg v. o. (2 comprimidos recubiertos de 375 mg) cada 8 hs.

Sólo se encuentran recomendados para su utilización en la infección por VHC genotipo

1. Previo al inicio de la terapia, los pacientes deben determinar el grado de fibrosis (por biopsia o elastografía hepática), y el polimorfismo del gen IL28B (genotipo CC, genotipo CT y genotipo TT).

Situaciones a considerar:

#### **a) Pacientes sin cirrosis y virgen de tratamiento.**

- En los pacientes con fibrosis F0, F1, y F2, no debe considerarse la adición de IP al tratamiento.

- En los pacientes con fibrosis, estadio F3 o F4 independientemente del genotipo del IL28B, se puede considerar la adición de un IP al esquema (PEG-interferón + RBV + IP).

#### **Esquema:**

- Telaprevir. Tiempo de tratamiento: 12 semanas. Regla de suspensión: Carga Viral > 1000 UI/ml en semana 4 ó 12 o detectable en semana 24 (se suspende todo el esquema).
- Boceprevir. Tiempo de tratamiento: 24 semanas. Reglas de suspensión: Carga Viral > 1000 UI/ml en semana 12 o detectable en semana 24 (se suspende todo el esquema).

#### **b) Recaída:**

La recaída implica la detección de viremia luego de finalizado el tratamiento con PCR negativa

- Telaprevir. Se utiliza el mismo esquema que en pacientes vírgenes.
- Boceprevir. Difiere con el esquema utilizado en pacientes vírgenes.

-- Con RNA-HCV negativo en semana 8 y 24: 36 semanas (lead-in + PEG Interferón + Ribavirina + Boceprevir por 32 semanas)

-- Con RNA-HCV positivo en semana 8 y negativo en 24: 48 semanas (lead-in + PEG Interferón + Ribavirina + Boceprevir por 32 semanas + PEG Interferón + Ribavirina por 12 semanas adicionales)

Si se desconoce con precisión el tipo de respuesta, el paciente deberá ser considerado como respondedor nulo.

#### **c) Pacientes respondedores parciales o nulos a la terapia con PEG-Interferón + RBV**

No se cubrirá el tratamiento con Inhibidores de Proteasas.

Los genotipos 5 y 6 son infrecuentes en nuestro medio y en el resto del mundo. No existen suficientes estudios sobre el tratamiento de estos pacientes que permitan efectuar recomendaciones basadas en evidencia científica.

#### **d) Pacientes co infectados con el virus del HIV**

- Interferón Pegilado (PEG INF) + Ribavirina (RBV) en todos los pacientes co infectados, agudos o crónicos:
- PEG INF alfa 2b: 1,5 µg/Kg por semana.
- PEG INF alfa 2a: 180 µg por semana.

- RBV 800 - 1200 mg diarios (de acuerdo al genotipo)
- Monoterapia con PEG-INF: en aquellos que presenten contraindicaciones para recibir RBV.

**e) Retratamiento:** ante paciente con recaídas o en aquellos no respondedores que no hubiesen recibido el tratamiento combinado en dosis y tiempo adecuados.

#### **Esquemas de seguimiento:**

Para el caso de la carga viral, en el seguimiento de un paciente se realizarán hasta un máximo de cinco (5) determinaciones: semanas de tratamiento 4, 8, 12, 24 y 48.

El estudio de polimorfismo del gen IL28B se realizará una única vez, en pacientes con genotipo 1 de Hepatitis C y vírgenes de tratamiento.

Documentación médica específica para el reintegro:

- Correcta confección de planillas de reintegro de Hepatitis C paciente mono infectado o co infectado con VIH correctamente confeccionadas. No se reconocerá el reintegro de Inhibidores de la Proteasa (Boceprevir o Telaprevir) en pacientes que tengan otro genotipo de VHC que no sea el tipo 1, pacientes respondedores nulos o con mala adherencia al tratamiento, pacientes co infectados con el virus de VIH, o pacientes vírgenes al tratamiento que tengan un estadio de fibrosis F0, F1 y F2.
- Consentimiento informado.
- Indicación del tratamiento firmada y sellada por el médico especialista tratante y por el Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.

Esquema de seguimiento para paciente mono infectado con Virus de Hepatitis C y para paciente co infectado con VIH.

## **COBERTURA**

### **PATOLOGIA: ENFERMEDAD OSTEOARTICULAR**

#### **PROTESIS:**

- CADERA -CEMENTADA-NO CEMENTADA- HIBRIDA – ESPECIALES (**vuelven 1048/14**)-REVISION
- RODILLA –CEMENTADA- NO CEMENTADA HIBRIDA- ESPECIALES (**vuelven 1048/14**)-REVISION

- PROTESIS DE HOMBRO PRIMARIA
- PROTESIS PARA ARTRODESIS
- PROTESIS MANDIBULAR COMPLETA
- PROTESIS PARA AMPUTACIONES DE MIEMBROS INFERIORES Y SUPERIORES.

## **PATOLOGIA: ENFERMEDADES NEUROLOGICAS**

- NEUROESTIMULACION CENTRAL PROFUNDA EN ENFERMEDAD DE PARKINSON REFRACTARIA.
- NEUROESTIMULADOR ESPINAL EN DOLOR CRONICO INTRATABLE.
- NEUROESTIMULADOR VAGAL EN EPILEPSIA REFRACTARIA.(RES.1048/14)
- MODULO DE DE RADIONEUROCIURUGIA CEREBRAL
- MODULO DE TERAPIA ENDOVASCULAR NEUROLOGICA (NEUROEMBOLIZACION
- PROTESIS PARA RECONSTRUCCION DE CALOTA

## **PATOLOGIA: ENFERMEDAD AUDITIVA**

- PROCESADOR DE VOZ EN EL CASO DE IMPLANTES COCLEARES, QUE REQUIEREN CAMBIO (POR UNICA VEZ).
- AUDIFONO DE IMPLANTACION OSEA(BAHA)

**Es una incorporación de la 1048/14**

## **PATOLOGIA: ENFERMEDAD UROGENITAL**

- CIRUGIA DE REASIGNACION DE SEXO
- ESFINTER URINARIO ARTIFICIAL(INCONTINENCIA URINARIA)

- CISTITIS –HIALURONATO DE 3 SODIO PARA INSTILACION VESICAL

**GRAN QUEMADO:**

- MODULO DE PACIENTE QUEMADO A PARTIR DEL 10%, EN CASO DE VIA AEREA 25%

**PATOLOGIA: DIABETES TIPO I**

- BOMBA DE INSULINA

**PATOLOGIA ONCOLOGICAS:**

- CA. DE PROSTATA
- CA. DE CABEZA Y CUELLO
- TUMORES CEREBRALES
- CA DE LARINGE CANCER DE ESOFAGO
- CA DE MAMA
- CA DE PULMON
- CA DE PANCREAS
- CA DE HIGADO
- CA DE VEJIGA
- CA DE RECTO
- OTROS TIPOS DE TUMORES
- MODULO DE RADIOTERAPIA CONFORMADA (RTC 3D)
- RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA (IMRT)

INTERNACION DOMICILIARIA PARA PACIENTES PEDIATRICOS CON ASPIRACION MECANICA PERMANENTE (SE AGREGA 1048/14)

**MODULO DE TRASPLANTE DE ORGANOS**

- **Trasplante de Intestino (se agrega 1048/14)**

## **CONCLUSIONES**

Uno de los temas que más nos generan conflictos es como hacer realidad la medicina basada en la evidencia

Es difícil ir contra la relación médico – paciente donde se pide lo que después no se puede recuperar.

## DRA. SILVIA GIRAUDO

### Auditora Médica de la Obra Social de la Industria Maderera (OSPIM)



1- Que diferencia encuentra en la Res.1048/14?

Res. 1561/12 con la

- Entre las diferencias es más ágil el sistema operativo con respecto al anterior SIAPE. Incluso en la 1048 ya no hay que presentar más la Historia Clínica original ni las recetas que deben quedar en poder de la Obra Social ,. No hay que solicitar turno para entrega de expedientes, se paga más rápido, etc,

Se incorporan las prótesis de caderas y rodillas primarias o sea que no solamente las de revisión. Se incorpora el tratamiento para la fenilcetonuria, el sistema BAHA (procesador auditivo) internación domiciliaria cuando están en ARM, la inyección intravitrea en caso de retinopatía con medicación de agentes biológicos que es de alto costo, etc.

2-Es una herramienta para la Auditoria Medica?

-Es una herramienta para la Auditoría ya que establece las normas generales y los procedimientos que se deben cumplimentar para solicitar los reintegros ante S.U.R. de determinadas patologías, medicación. Discapacidad y otras contempladas en la resolución que son del alto impacto económico para las Obras Sociales y que les corresponde ese dinero a través del Fondo de redistribución que es dinero de las propias obras sociales y que por PMO y por la ley de discapacidad, HIV etc. Las Obras Sociales están obligadas a cubrir.

### Auditora Médica de la Obra Social Textil (OSPIT)



*Si bien el gran cambio se produjo entre la Resolución 500/04 y las resoluciones 1200 y 1561/2012 a través de la creación del Sistema Sur, considero que la Res. 1048/14 trae como beneficios:*

LA INCORPORACIÓN DE PRÓTESIS DE CADERA Y RODILLA, QUE HABÍAN SIDO ELIMINADAS.

LOS AUDÍFONOS DE IMPLANTACIÓN ÓSEA -BAHA-ESPECIALMENTE PARA MALFORMACIONES GENÉTICAS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA.

- *Marcapasos compatible con RMN*
- *Modulo de internación domiciliaria de alta complejidad para pacientes pediátricos*
- *El Eculizumab para pacientes con SUH atípico*
- *Nuevas drogas oncológicas.*

*Además contempla la posibilidad de adjuntar documentación en fotocopia*

*Considero que es una herramienta importante para la auditoria ya que orienta sobre criterios y fundamentos terapéuticos esenciales para la toma de decisiones.*

*Dra .Gabriela Longo*

*MN. 99.676*

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- GONZALEZ GARCIA, Gines TOBAR, Federico. Mas Salud por el mismo dinero – Bases para la reforma del Sistema de Salud en Argentina – Buenos Aires Ediciones Isalud Segunda edición 1999. 312 paginas
- <http://direccion.blogs.hospitalelcruce.org> sistema-de-salud-argentino
- \*[http://es.wikipedia.org/wiki/ Salud\\_en\\_Argentina](http://es.wikipedia.org/wiki/Salud_en_Argentina)
- **ANALISIS Y EVALUACION DE RESULTADOS EN LA OBRA SOCIAL DE LA SANIDAD ARGENTIN** A partir del decreto de desregulación de obras sociales **lic.** Ana Saconi trabajo presentado en **congreso asociación economía de la salud** El Escorial, Madrid España 2004.
- <http://www.infoleg.gov.ar>

## ANEXOS

- ENTREVISTA DOS REFERENTES
- GRAFICO COMO FINANCIA EL SISTEMA