

**RESOLUCIÓN N° 8335 -I-**

San Juan, 25 de noviembre de 2015

**VISTO:**

El Expediente N° 813-4329-G-2015, por el cuál solicita cobertura en tratamiento de la obesidad, y;

**CONSIDERANDO:**

Que la obesidad es una enfermedad con importante repercusión, con implicancias de distinta índole médica, impactando además en todas las actividades de la vida diaria de las personas que la padecen;

Que las áreas de la Gerencia Médica de la D.O.S. estudiaron las distintas fases por la que atraviesan los pacientes con esta patología, grados de evolución y los diferentes mecanismos de abordaje adecuados para cada etapa;

Que es criterio de las Áreas Técnicas de D.O.S., que debería darse cobertura a las personas con sobrepeso abordajes clínicos e interdisciplinarios, adecuados para tratar la enfermedad previa y con intención de no llegar a la instancia quirúrgica;

Que la Auditoría Médica de D.O.S., evaluó establecer Módulos teniendo en cuenta el Índice de Masa Corporal (I.M.C.), para visualizar la situación al ingreso del paciente, la gravedad del caso y la evolución del mismo;

Que además se consideraron cuáles son los grupos de riesgo, como los menores y las embarazadas, debiendo ser evaluados particularmente la inclusión para estos pacientes;

Que además han evaluado cuales son los criterios de éxito del tratamiento e indican un plazo evolutivo para que la D.O.S. pueda autorizar el mismo;

Que el afiliado, en el periodo de tratamiento, debe lograr cambios conductuales frente a la alimentación, optimizando una adecuada aptitud metabólica por consiguiente;

Que se implementa como Anexo I, el Formulario de Empadronamiento para pacientes clínicos con sobrepeso u obesidad, para conocer la situación de salud al ingreso del tratamiento, permitiendo posteriormente evaluarlos a través de la Auditoría Médica de D.O.S.

Que conforme a lo ut supra mencionado, las Autoridades de D.O.S. proceden a dictar la presente norma legal;

**POR ELLO** y en uso de las facultades conferidas por Decreto N°1666-MSP-2012;

**EL INTERVENTOR DE LA  
DIRECCIÓN DE OBRA SOCIAL  
RESUELVE**

**ARTICULO 1º:** Impleméntese a partir del 01 de diciembre de 2015, los Módulos Clínicos de Tratamiento para la Obesidad Previa y Post Quirúrgica, los que a continuación se describen destinados a los afiliados de D.O.S. que padezcan sobrepeso u obesidad y que hayan sido derivados por su médico tratante prestador de D.O.S. y que sean especialistas en: Clínica Médica o Cardiología o Neumonología o Endocrinología o Diabetología o Tocoginecología (En embarazadas) o Pediatría (En personas menores a 18 años).

de,

Recibido el 02/12/15

La DIRECCION DE OBRA SOCIAL autorizará al ingreso a éste tipo de tratamiento y fijará los límites prestacionales correspondientes.

**OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD PREVIA Y POST A UNA CIRUGIA BARIATICA.**

1. Brindar la atención de un grupo interdisciplinario de profesionales, para lograr que el afiliado que con un sobrepeso de acuerdo a los parámetros indicado en la presente norma legal, reduzca el 5% al 10% del peso al momento del ingreso al tratamiento, en un periodo estimado de seis meses.
2. Incorporar nuevos hábitos de vida (alimentación saludable – actividad física), que el afiliado mantenga la reducción de peso o siga descendiendo.
3. Lograr cambios conductuales frente a la alimentación, optimizando una adecuada aptitud metabólica.
4. En caso de afiliada embarazada, tener un ascenso promedio de 200grs por semana.

**ARTICULO 2º:** Créase a los fines de la autorización y facturación los siguientes Módulo prestacionales mensuales, con sus respectivos códigos, los que a continuación se detallan:

1. **MÓDULO MENSUAL DE TRATAMIENTO CLINICO PARA AFILIADOS CON SOBREPESO con I.M.C entre 27 y 29,9kg/m<sup>2</sup>**  
CÓDIGO-19.01.09
2. **MÓDULO MENSUAL DE TRATAMIENTO CLINICO PARA AFILIADOS CON OBESIDAD GRADO I, con I.M.C entre 30 y 34,9kg/m<sup>2</sup>**  
CÓDIGO-19.01.10
3. **MÓDULO MENSUAL DE TRATAMIENTO CLINICO PARA AFILIADOS CON OBESIDAD GRADO II, con I.M.C entre 35 y 39,9kg/m<sup>2</sup>**  
CÓDIGO-19.01.14
4. **MÓDULO MENSUAL DE TRATAMIENTO CLINICO PARA AFILIADOS CON OBESIDAD GRADO II o Morbida con I.M.C superior a 40kg/m<sup>2</sup>**  
CÓDIGO-19.01.15
5. **MÓDULO MENSUAL DE TRATAMIENTO CLINICO PARA AFILIADAS EMBARAZADA CON ASCENSO SUPERIOR A 200 grs. POR SEMANA**  
CODIGO 19.01.17
6. **MÓDULO MENSUAL DE TRATAMIENTO CLINICO PARA AFILIADOS MENORES DE 18 AÑOS CUYO PESO SE ENCUENTRE ENTRE LOS PERCENTILES 85 Y 95.**  
CÓDIGO-19.01.18.

**ARTICULO 3º:** Fíjase que los Módulos definidos en el Artículo 2º, estará integrados por las siguientes prestaciones:

**Módulo Incluye:**

Totalidad de Honorarios Profesionales:

Médico clínico o pediatra: 1 consulta por mes, según corresponda

Nutricionista: Hasta dos sesiones por mes.

Psicólogo: Hasta dos sesiones mensuales

Licenciados o profesores de educación física: Hasta doce clases, de una duración de una (1) hs.

Fisioterapia: Hasta cuatro sesiones

En caso de requerirlo el médico tratante además éste Módulo incluye, una interconsulta con médico psiquiatra.

Todas las prestaciones no incluidas ni detalladas en el Módulo, tendrán las coberturas conforme a la normativa legal vigente de D.O.S.

Para acreditar dicha situación el afiliado deberá firmar la conformidad donde exprese claramente las prestaciones recibidas.

**ARTICULO 4º:** Establécese que cualquiera de los módulos definidos en el Artículo 3º, se abonará una suma de PESOS MIL CIEN (\$ 1.100,00), por mes.

El porcentaje a cargo de la DIRECCION DE OBRA SOCIAL es de ochenta por ciento (80%).

**ARTÍCULO 5º:** Podrán solicitar y facturar los Módulos objeto de la presente norma legal, los servicios especializados en Tratamiento de la Obesidad, convenidos con D.O.S., que soliciten su inscripción previamente y hayan sido aceptados expresamente por ésta última.

**ARTICULO 6º:** Para poder facturar estos Módulos, las Entidades deben reunir los siguientes requisitos para inscribirse:

- La Dirección Técnica de éstas Instituciones, debe ser ejercida por profesional médico clínico o Pediatra, acreditado en ésta D.O.S.
- Deben contar con Personería Jurídica
- Habilitación de Autoridad Sanitaria Competente de la provincia de San Juan.
- Habilitación de División Bomberos y Municipal de la provincia de San Juan

RECURSOS HUMANOS:

- Los integrantes del equipo, deberán acreditar con copia certificada de los respectivos títulos, con especialización en Tratamiento Integral para Pacientes que padecen Obesidad.

RECURSOS EDILICIOS:

- Descripción de tipos de accesos
- Descripción del Estado Edificio
- Calefacción – Aire Acondicionado
- Circulación general
- Recepción
- Sala de esperas Consultorios
- Gabinetes

Establecese que las Entidades que soliciten la autorización, además deben presentar copia de seguro de mala praxis institucional y de cada uno de los profesionales, de responsabilidad contra terceros y contra incendios.

10/

La facturación deberá presentarse a ésta Obra Social, a través de las Entidades Convenidas, adjuntando la indicación de la práctica, debidamente autorizada.

**ARTICULO 7º:** Apruébase el Formulario de Empadronamiento Para Pacientes con Indicación de Módulo Para Tratamiento de Sobrepeso u Obesidad, el que como Anexo I pasa a formar parte del presente instrumento legal.

**ARTICULO 8º:** El afiliado para acceder a la cobertura prevista en el presente instrumento Legal, deberá realizar la autorización en forma previa ante Auditoría Médica de D.O.S., quién deberá llevar un registro de las autorizaciones.

Dicha autorización se hará ante la presentación en mencionado sector de:

- Indicación Médica realizada por profesional especializado en: Clínica Médica o Cardiología o Neumonología o Endocrinología o Diabetología o Tocoginecología (En embarazadas) o Pediatría (En personas menores a 18 años) en caso de corresponder. Todos los especialistas deberán estar debidamente acreditados antes ésta Obra Social.
- El profesional médico responsable del centro del Tratamiento para el Sobrepeso u Obesidad deberá completar en su totalidad, el Formulario de Empadronamiento Para Pacientes con Indicación de Módulo Para Tratamiento de Sobrepeso u Obesidad, conforme Anexo I de la presente norma legal.
- Formulario de Empadronamiento Para Pacientes con Indicación de Módulo Para Tratamiento de Sobrepeso u Obesidad, deberá ser completado en su totalidad y firmado por el paciente y médico tratante.
- Copia de Carnet de afiliado atendido y titular
- Copia de recibo de sueldo de titular de D.O.S.
- En caso de afiliado menor de 18 años de edad, debe acompañar la autorización al tratamiento por mayor a cargo del mismo.
- A partir del segundo mes de tratamiento, además deberá acompañar informe acreditando la evolución del afiliado-paciente.

**ARTICULO 9º:** Déjese expresamente establecido que al afiliado de D.O.S., no se le podrá cobrar ningún tipo de adicional o plus.

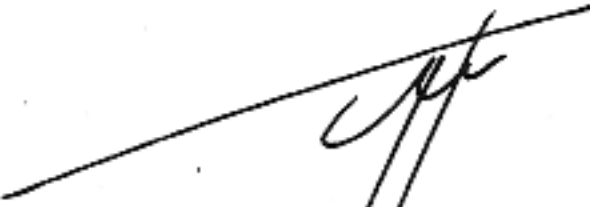
**ARTICULO 10º:** Criterio de Auditoría Médica de D.O.S.:

- En los primeros seis meses, el afiliado deberá descender entre un 5 % a un 10% del peso corporal inicial y como mínimo debe mantener ese peso por otros seis meses, en adultos mayor de 18 años.
- En caso de afiliada embarazada, podrá subir entre 300 a 350 grs, por semana.
- En los menores de 18 años de edad, deberá mantener el percentilo inicial hasta que la edad sea acorde a su peso o bien el descenso entre un 5 % a un 10% del peso corporal inicial.
- En caso de no cumplimentar por parte del afiliado con éstos criterios la D.O.S. se reserva el derecho de no autorizar al tratamiento luego de los doce meses, si cumple con éstos criterios se le autorizará por otro doce meses más, bajo las misma condiciones.
- Asimismo la D.O.S. conforme a la normativa vigente, se reserva el derecho de Auditoría en cualquier momento del tratamiento, como además de efectuarla en forma posterior.

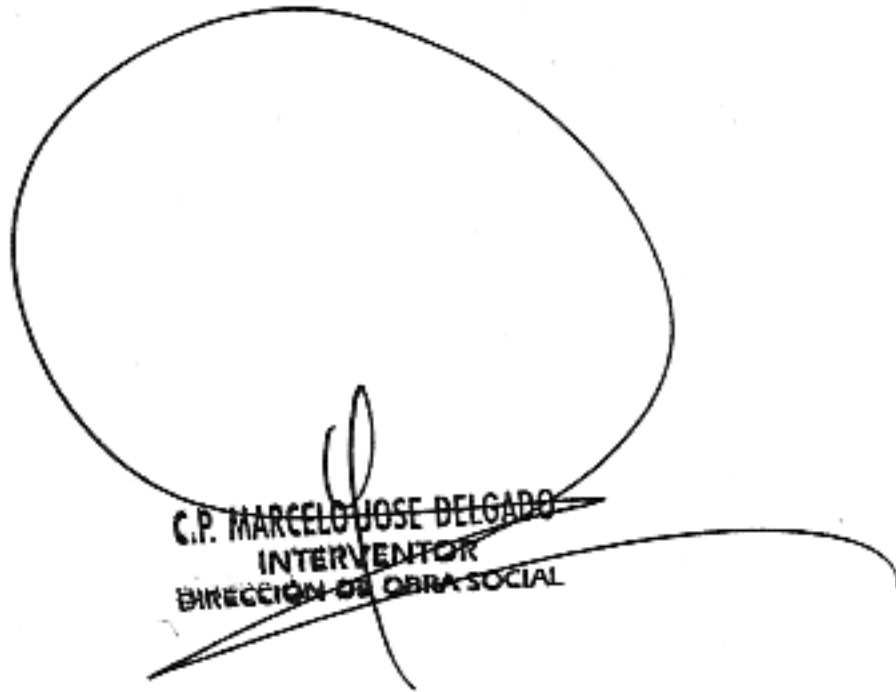
**ARTICULO 11º:** Es de aplicación la Resolución Nº 1504-I-2014 y 1935-I-2014, ambas de registro de D.O.S. o las que en el futuro las sustituyan para todo lo no reglado específicamente en la presente.

**ARTICULO 12º:** Deróguese y toda norma legal que se oponga a la presente.

**ARTICULO 13º:** Regístrese, Notifíquese de la presente en Auditoría Médica de D.O.S. debidamente a cada afiliado al ingreso al Tratamiento, en caso de afiliado menor, el mayor a cargo, Comuníquese y Archívese.



Dr. SERGIO G. ALBARRACÍN  
GERENTE MEDICO  
M. P. 2806  
DIRECCIÓN DE OBRA SOCIAL



C.P. MARCELO JOSE DELGADO  
INTERVENTOR  
DIRECCIÓN DE OBRA SOCIAL



D.O.S.

# ANEXO I

## FORMULARIO DE EMPADRONAMIENTO PARA PACIENTES CON INDICACIÓN DE MÓDULO PARA TRATAMIENTO CLÍNICO DE SOBREPESO Y OBESIDAD

### 1-DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido: .....

Nº Afiliado: ..... Fec. Nac.: ... / ... / ..... Sexo: M  F

Domicilio: ..... Localidad: ..... Código Postal: .....

Teléfono / Celular: ..... E-Mail: .....

### 2-PROFESIONAL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Nombre y Apellido: ..... Especialidad: ..... Matrícula: .....

Institución: ..... Domicilio: ..... Localidad: .....

..... Teléfono: .....

### 3-RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Especificar tratamientos previos realizados:

.....

.....

.....

.....

### 4-DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

#### a) Examen Físico

Peso:  Talla:  Tipo de obesidad según IMC

IMC actual:  IMC hace 12 meses:  I  II  III

Adicciones: Tabaco  Alcohol  Drogas ilícitas  IV  V

#### b) Comorbilidades o Factores de Riesgo asociados

Diabetes SI  No

Hipertensión Arterial refractaria SI  No

Síndrome de Apnea Obstructiva del sueño (SAOS) SI  No

Síndrome de Hipoventilación Obesidad (SHO) SI  No

Enfermedad Cardiovascular SI  No

Depresión SI  No

Otros:

### 5-EVALUACIÓN de NUTRICIONISTA y PSICÓLOGA

Evaluación por nutricionista SI  No

Evaluación psicológica SI  No

### 6 - ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

#### • Hematológico completo | Fecha: .../.../...

Leucocitos  Hemoglobina  Plaquetas

Glucemia  PCR  Hba1c

Creatinina  Microalbuminuria

#### • Ionograma | Fecha: .../.../...

Na  K  Cl

#### • Perfil Lipídico | Fecha: .../.../...

Colesterol Total  HDL  LDL  Triglicéridos

**FORMULARIO DE EMPADRONAMIENTO PARA PACIENTES CON INDICACIÓN DE MÓDULO PARA TRATAMIENTO CLÍNICO DE SOBREPESO Y OBESIDAD**

• **Función Hepática** | Fecha: .....

GOT  GPT  FAL

• **Minerales** (Para procedimientos malabsortivos) | Fecha: .....

Calcio  Fósforo  Hierro  Ferritina  Magnesio

• **Hormonas** | Fecha: .....

T4  TSH  Insulinemia

• **Dosaje de Vitaminas** (Para procedimientos malabsortivos) | Fecha: .....

Ácido Fólico  Vitamina B12

Vitaminas solubles: Retinol  Vitamina D  Carotenos  Vitamina E

• **Serología** | Fecha: .....

Hepatitis B HBs Ag (+)  (-)  Anti HBc (+)  (-)  Anti HBs (+)  (-)

Hepatitis C VHC (+)  (-)

• **Radiografía de tórax** | Fecha: .....

Normal  Anormal  Observaciones: .....

• **ECG**

Normal  Anormal  Observaciones: .....

• **Ecografía** | Fecha: .....

**Abdominal** Normal  Anormal  Observaciones: .....

**Tiroidea** Normal  Anormal  Observaciones: .....

• **Endoscopia Gástrica** (Obligatorio en Bypass gástrico) | Fecha: .....

Normal  Anormal  Observaciones: .....

- Biopsia (Helicobacter Pylori) (-)

(+)  Indicar Tratamiento: .....

Endoscopia Control: (-)  (+)

• **Espirometría** | Fecha: .....

CVF  VEF<sub>1</sub>  VEF<sub>25-75</sub>

• **Gasometría** | Fecha: .....

PaO<sub>2</sub>  PaCO<sub>2</sub>  pH  SaO<sub>2</sub>  HCO<sub>3</sub>

• **PoliSomnografía** (opcional, de acuerdo a antecedentes) | Fecha: .....

Resultado: .....

DDJJ: Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente planilla son el fiel reflejo de la situación de salud actual de mi paciente. La documentación de respaldo obra en mi poder y será expuesta ante el requerimiento de auditoría médica de la D.O.S.

<p>.....</p>	<p>.....</p>
--------------	--------------

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PACIENTE

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

**ADJUNTAR**

- Resumen de Historia Clínica
- Fotocopia de Carnet- Recibo de Sueldo
- Fotocopia de Informe de Estudios que demuestren la patología que padece el/la afiliado/a

Los datos son obligatorios y su ausencia impide el trámite de empadronamiento

Dr. SERGIO G. ALBARRACÍN  
GERENTE MEDICO  
M.P. 2806  
DIRECCIÓN DE OBRA SOCIAL

C.P. MARCELO JOSE DELGADO  
INTERVENTOR  
DIRECCIÓN DE OBRA SOCIAL