

RESOLUCIÓN N° 8336 -I-

San Juan, 25 de noviembre de 2015

VISTO:

La Resolución N° 5292-I-2005, modificatorias y expediente N°813-4329-I-2015, la todos de D.O.S, y;

CONSIDERANDO:

Que la obesidad es una enfermedad con importantes implicancias sociales y psicológicas, que afecta a todos los sectores sociales e impacta en las actividades de la vida diaria de las personas que la padecen;

Que los tratamientos médicos quirúrgicos tienden a disminuir los riesgos de esta enfermedad y a mejorar la calidad de vida;

Que el tratamiento médico quirúrgico destinado a los afiliados que padecen obesidad, tienden a mejorar la calidad de vida del mismo, pero por sobre todo implica disminuir los riesgos de vida que con lleva ésta enfermedad;

Que la D.O.S. cuenta con prestadores profesionales capacitados y habilitados para la realización de estas técnicas;

Que las Áreas Técnicas de D.O.S. estudiaron las inclusiones y exclusiones correspondientes a estas prácticas, la admisión de pacientes y los requisitos que deben cumplimentar los profesionales e instituciones donde se realizan estas intervenciones;

Que el afiliado sometido a tratamiento quirúrgico debe ser valorado por un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud;

Que además se ha valorado establecer un Formulario de Empadronamiento para pacientes con indicación de cirugía bariática, donde se resume la situación clínica del paciente advirtiendo las comorbilidades y requisito necesario para darle trámite de evaluación para la cirugía, el que como Anexo I forma parte de la presente norma;

Que de acuerdo a la Ley N° 216-Q, en su Artículo 16, establece que la D.O.S. tiene las facultades de dictar las normas legales estableciendo las coberturas de las prestaciones a brindar;

Que este criterio es compartido por las Autoridades de la Dirección de Obra Social;

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

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

RESUELVE

Ja.

Recibido

el - 02/12/15



ARTICULO 1º: Establécese a partir de 01 de diciembre de 2015, los Tratamiento Quirúrgico para pacientes con Obesidad Mórbida.

ARTICULO 2º: Impleméntese el "Módulo de Cirugía de By Pass Gástrico por Vía Laparoscópica", destinado a los afiliados de D.O.S. que padezcan Obesidad Mórbida.

El módulo incluye:

- Honorarios de equipo quirúrgico y ayudantes.
- Nutricionista, Psicólogo y Kinesiólogo durante treinta días, el periodo pre y post quirúrgico.
- Gastos sanatoriales. Inclusiones:
 - Derecho quirúrgico.
 - Un día de internación en unidad de terapia intensiva. (UTI)
 - Tres días de internación en piso.
 - Totalidad de material descartable que se utilice en el acto quirúrgico.
 - Todo instrumental necesario para realizar el acto quirúrgico.
 - Equipamiento e instrumental requerido para la cirugía.
 - Radiología convencional y ecografía.
 - Instrumentadora quirúrgica.

El módulo excluye:

- Honorarios de otros profesionales no incluidos en el equipo quirúrgico.
- Medicación (todo tipo).
- Todo prestación que no se incluya en el presente Módulo, se le otorga las coberturas al momento de la cirugía
- Suturas mecánicas.

Establécese que el Honorario del Médico Anestésista es la complejidad 7x2, con la cobertura conforme a lo conyenido oportunamente.

Asígnese a los fines del registro en el sistema informático de D.O.S., el código: **08.03.17** -

Módulo de Cirugía de By Pass Gástrico por Vía Laparoscópica.

ARTICULO 3º: La cobertura a reconocer del Módulo antes descripto, es un ochenta por ciento (80%) aplicable sobre una cantidad límite de ONCE MIL QUINIENTAS (11.500)

Unidades de Galeno Quirúrgico

ARTICULO 4º: Impleméntese el "Módulo de Cirugía de Manga Gástrica por Laparoscopia – Sleeve Gástrico-", destinado a los afiliados de D.O.S. que padezcan Obesidad Mórbida.

El módulo incluye:

- Honorarios de equipo quirúrgico y ayudantes.

- Nutricionista, Psicólogo y Kinesiólogo durante treinta días previos y posteriores al periodo pre y post quirúrgico, según corresponda.

- Gastos sanatoriales. Inclusiones:

Derecho quirúrgico.

Un día de internación en unidad de terapia intensiva.

Tres días de internación en piso.

Totalidad de material descartable que se utilice en el acto quirúrgico.

Todo instrumental necesario para realizar el acto quirúrgico.

Equipamiento e instrumental requerido para la cirugía.

Radiología convencional y ecografía.

Instrumentadora quirúrgica.

El módulo excluye:

- Honorarios de otros profesionales no incluidos en el equipo quirúrgico.
- Medicación (todo tipo).
- Todo prestación que no se incluya en el presente Módulo, se le otorga las coberturas al momento de la cirugía
- Suturas mecánicas.

Establécese que el Honorario del Médico Anestésista es la complejidad 7x2, con la cobertura conforme a lo convenido oportunamente.

Asígnese a los fines del registro en el sistema informático de D.O.S., el código **08.03.18 -Módulo de Cirugía de Manga Gástrica por Laparoscopia -Sleeve Gástrico-**.

ARTICULO 5º: La cobertura a reconocer del Módulo antes descripto, es un ochenta por ciento (80%) aplicable sobre una cantidad límite de ONCE MIL QUINIENTAS (11.500) Unidades de Galeno Quirúrgico

ARTICULO 6º: Déjese expresamente establecido que al afiliado de D.O.S. no se le podrá cobrar ningún tipo de plus o adicional, salvo el arancel que surja de aplicar el porcentaje a cargo del afiliado.

ARTÍCULO 7º: Establécese la cobertura para suturas mecánicas (con los correspondientes cartuchos) en Ocho Mil Seiscientas (8600) Unidades de Insumo, con cobertura del 80% por parte de la D.O.S..

Este descartable será autorizado por Auditoría Médica de D.O.S. con el siguiente código:

TO1725: Sutura mecánica para cirugía bariátrica.

ARTÍCULO 8º: Es obligatoria la presentación, como parte de la facturación, de los stickers donde conste descripción de los elementos, números de ANMAT y número de lote.

ARTICULO 9º: Para autorizar los módulos dispuestos en la presente norma legal, deberán los afiliados cumplimentar ante Auditoría Médica de D.O.S.:

Ap

-Historia clínica completa.

-Indicación médica extendida por profesional médico aceptado por ésta D.O.S. para realizar cirugía bariátrica en las modalidades previstas en la presente.

-Realización y cumplimiento previo al Módulo Quirúrgico, de haber realizado el Módulo Clínico de Tratamiento para la Obesidad, debidamente documentado, mediante la presentación de un Informe Final de Módulo Clínico.

-El afiliado que se someta a alguna de las cirugías descritas en los módulos que dispone la presente norma, deberá presentar el Formulario de Empadronamiento Para pacientes con Indicación de Cirugía Bariátrica y el Formulario "Consentimiento Informado" debidamente completado.

-Solicitud de autorización de insumos (suturas).

Auditoria Médica de D.O.S. evaluará la documentación presentada teniendo la facultad de solicitar más documentación si así lo entiende y dictaminará si corresponde o no otorgar cobertura, teniendo en cuenta los siguientes ítems:

-Ser mayor de 18 años y menor de 65, con un *IMC entre 35 y 39,9 kg/m² con* comorbilidades --

- Más de 5 años de padecimiento de obesidad no reductible demostrada.

- Aceptación y deseo del procedimiento, con compromiso de los requerimientos, evaluado por el equipo multidisciplinario que valorará las expectativas que coloca el paciente en la intervención y evaluará el compromiso del mismo para sostener los cambios de estilo de vida asociados.

- No adicción a drogas ni alcohol evaluado por equipo multidisciplinario.

ARTÍCULO 10°: En caso de reintervenciones quirúrgicas que surjan como consecuencia de complicaciones o recidivas de las patologías que originaron la cirugía, la D.O.S. abonará un 50% del valor asignado al Módulo.

ARTÍCULO 11°: La facturación de las prestaciones se realizará a través de las Entidades Médicas Convenidas con la D.O.S., abonándose conforme a lo establecido en la normativa legal vigente. Deberá presentarse en la facturación el protocolo quirúrgico debidamente completado y firmado por los médicos intervinientes en la cirugía, como asimismo copia del Consentimiento Informado que como Anexo II se aprueba en el presente acto administrativo.

ARTÍCULO 12°: Apruebase el "Formulario de empadronamiento para pacientes con indicación de cirugía bariátrica", que forma parte del Anexo I, el cual deberá ser completado por el médico tratante y presentado ante Auditoria Médica de D.O.S.

ARTÍCULO 13°: Sólo podrán indicar, realizar y facturar las intervenciones dispuestas en la presente norma legal, los profesionales que acrediten:

- Haber suscripto Convenio de Adhesión Voluntaria con la D.O.S.

- Haber presentado Copia de Seguro de Mala Praxis vigente.
- Título de especialista en Cirugía General, debiendo acreditar la participación en servicios que realizan cirugías bariátricas.

Los requisitos que deberá cumplimentar la institución son los siguientes:

- Detalle de equipamiento institucional, apto para éste tipo de pacientes.
- Copia de Seguro de Mala Praxis Institucional.
- Director Médico de la institución.

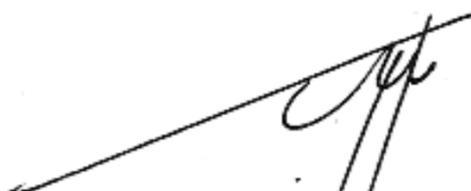
ARTICULO 14º: Déjese establecido que la D.O.S., autorizará una vez en la vida del afiliado cualquiera de los códigos de cirugía bariátrica implementados en el presente instrumento legal.

ARTICULO 15º: Es de aplicación la Resolución N° 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.

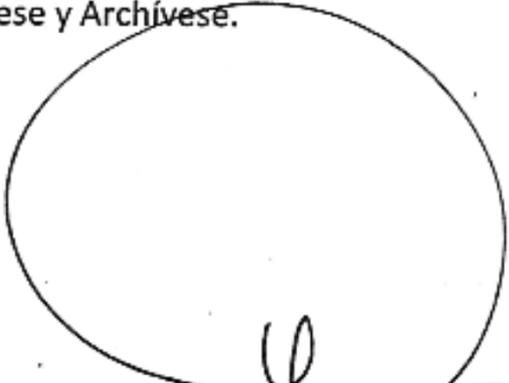
ARTICULO 16º: Deróguese toda norma que se oponga a la presente.

ARTICULO 16º: Regístrese, Comuníquese y Archívese.

s.l.



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



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



D.O.S.

FORMULARIO DE EMPADRONAMIENTO PARA PACIENTES CON INDICACIÓN DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

1-DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido: Documento:

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 24 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 PRE OPERATORIA: ADJUNTAR HISTORIA CLÍNICA DE ESPECIALISTA

Evaluación por nutricionista SI No Apto para cirugía

Evaluación psicológica SI No Apto para cirugía

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 CIRUGÍA BARIÁTRICA

• **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 By pass gástrico) | Fecha:
Normal Anormal Observaciones:
- Biopsia (Helicobacter Pylori) (-)
(+) Indicar Tratamiento:
Endoscopia Control: (-) (+)

• **Espirometría** | Fecha:
CVF VEF₁ VEF₂₅₋₇₅

• **Gasometría** | Fecha:
PaO₂ PaCO₂ pH SaO₂ HCO₃

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

7-TIPO DE CIRUGÍA A REALIZAR

By Pass Gástrico por Vía Laparoscópica
Manga Gástrica - Sleeve

Fecha propuesta de cirugía:

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.

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

ANEXO II

**DIRECCIÓN DE OBRA SOCIAL
PROVINCIA DE SAN JUAN**



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tratamiento Quirúrgico de la Obesidad Mórbida

Afiliada/o carnet Nº/.....

edad

Siendo mayor de edad y en pleno uso de mis facultades declaro haber recibido del médico tratante , Dr.M.P. Nº; declaro haber recibido la información suficiente del procedimiento quirúrgico deal cual soy sometida/o, los riesgos, las potenciales complicaciones o mortalidad y acerca de los drásticos cambios que implicará en la vida cotidiana.-----

Asimismo declaro conocer la necesidad de realizar dietoterapia y de un plan de actividad física regular en el periodo post – operatorio y comprender la importancia de su activo y permanente compromiso con los controles periódicos y las indicaciones para obtener un resultado permanente y seguro. -----

En caso de que el afiliado sea de sexo femenino, debe ser advertida de la necesidad de anticoncepción durante el primer año después de efectuada la cirugía. -----

Manifiesto que las explicaciones y aclaraciones brindadas por el médico tratante sobre el citado procedimiento, han sido suficiente. - -----

Por todo ello doy la conformidad para realizar el tratamiento quirúrgico antes explicado y de todo acto que sea considerado en beneficio de mi salud, durante el acto quirúrgico y no pueda ser previsto con anticipación, que efectúe el citado médico; eximiendo a la DIRECCIÓN DE OBRA SOCIAL de toda responsabilidad médico legal del acto que consiento.-----

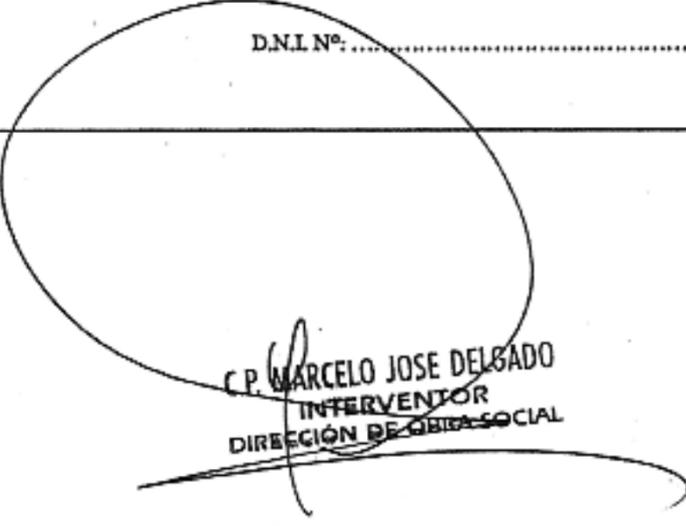
FIRMA y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

CONFORMIDAD DEL PACIENTE

ACLARACIÓN: _____

D.N.I. Nº:


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


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