

RESOLUCION Nº 4178-I-

San Juan, 29 de junio de 2016

VISTO:

El expediente Nº 813-1375-2016, adjuntos 813-1611-2016, 813-2131-2016 y Resolución Nº 2959-I-2015, todos de registro de la DIRECCION DE OBRA SOCIAL, y;

CONSIDERANDO:

Que solicitan evaluar el incremento de valores del nomenclador de prestaciones endoscópicas;

Que la Jefa de Departamento de Auditoría Médica, analizó el nomenclador conjuntamente con los representantes de la Entidades, valorando que el insumo los coloque el profesional efector, ya que el valor ofrecido es menor al cotizado por las Ortopedias convenidas;

Que además con la opción evaluada el afiliado tiene mayor facilidad al acceso del insumo, visto que él no deberá hacer mayor trámite;

Que se reasignaron nuevas cantidades de unidades de galeno en aquellas prácticas, de mayor frecuencia, que deben actualizarse y otros códigos eliminarlos ya que no se utilizan;

Que se incorporan prestaciones necesarias para el tratamiento de obesidad, como además los requisitos para su autorización, que condiciones deben cumplimentar los profesionales que la pueden indicar y facturar;

Que es necesario unificar las normas legales existentes a los fines de optimizar su registro, control y liquidación de las inherentes a las Áreas Técnicas de D.O.S. que intervienen;

Que asimismo se estima que cualquier modificación en los valores de las prestaciones, que establezca las Autoridades de D.O.S, debe ajustarse a la realidad económica financiera de ésta Obra Social;

Que intervino en forma previa Asesoría Letrada según Dictamen Nº 1562-AL-2016, que indica corresponde dictar norma legal conforme al Artículo 16, 33 inciso D de la Ley 216 -Q-

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 Nº 1704-G-2015;

EL INTERVENTOR DE LA  
DIRECCIÓN DE OBRA SOCIAL  
RESUELVE

Recibido 06-07-16-13<sup>20</sup> 

**ARTÍCULO 1º:** Establécese a partir de 01 de junio de 2015, el esquema arancelario establecido como Anexo I de la presente norma legal, referido a prestaciones de gastroenterología destinados a los beneficiarios de la DIRECCION DE OBRA SOCIAL.

**ARTICULO 2º:** Establécese a cargo de la D.O.S., que las prácticas incluidas en el Artículo 1º de la presente norma legal , es de ochenta por ciento (80%), sobre la cantidad de Unidades de Galenos Quirúrgicos fijados en el mismo..

**ARTICULO 3º:** Fíjase como indicador arancelario de los materiales requeridos para efectuar prestaciones objeto de la presente norma legal, lo que se denomina a partir de la presente como "Unidad de Insumos", para las prestaciones que prevean el uso de la misma, en el Anexo I de la presente Resolución.

La cobertura de los mismos es del cien por cien por ciento (100%).

**ARTICULO 4º:** Fíjase las normas de autorización y requisitos que deben cumplimentar para la solicitud y autorización de: Colocación de Balón Intragástrico y la Extracción de Balón Intragástrico, el que como Anexo II forma parte integrante de la presente norma legal

**ARTÍCULO 5º:** El afiliado deberá presentar ante Auditoría Médica de D.O.S.:

- Indicación Médica con la práctica solicitada por el profesional tratante, aclarándose en dicha indicación detalladamente si la práctica requiere procedimiento complementario o colocación de implante.
- Resumen de Historia Clínica
- Estudios previos si así correspondiere
- Presentar carnet para acreditar su condición de afiliado.

D.O.S. autorizará expresamente si la práctica se realizará en quirófano, el profesional médico especializado en gastroenterología deberá aclararlo, fijando la Institución Sanatorial en donde la efectuará.

Auditoría Médica de D.O.S., registrará y autorizará la práctica si así correspondiere, en un todo de acuerdo a la presente norma legal.

Si la práctica se efectúa en quirófano, en éste caso debe prescribirse y autorizarse expresamente.

Cuando las prestaciones objeto de la presente se efectúe en un quirófano, la Institución Sanatorial, podrá facturar a la Obra Social cincuenta Unidades de Gastos Operatorios (50), con una cobertura de ochenta por ciento (80%).

**ARTICULO 6º:** Cuando se extraiga más de un Pólipo, se liquidará un 50% más del Código 20.01.35, por cada uno en concepto de Honorarios Profesionales.

En dicho caso el sanatorio deberá presentar fotocopia de orden de la práctica endoscópica autorizada al momento de la facturación.

**ARTICULO 7º:** En los casos que el paciente requiera conforme a la patología y tratamiento la colocación de insumos, el mismo deberá estar autorizado por A.N.M.AT.

El prestador deberá certificar en el protocolo de la prestación la colocación del implante y agregar el stiker correspondiente cuando realice la facturación de la misma.

Todo procedimiento terapéutico debe acompañarse del protocolo correspondiente, mas copia de anatomía patológica o constancia de remito del material.

**ARTICULO 8º:** Establécese que al autorizar el código 20.01.35 (POLIPECTOMIA COLONICA y/o GASTRICA), se dará de baja la autorización previa realizada de los siguientes códigos:20.01.22, 20.01.24,20.01.37, 20.01.38, 20.01.53 y 20.01.54

**ARTICULO 9º:** Las prácticas que D.O.S. otorga cobertura a través del presente instrumento legal, sólo podrán ser facturadas a través de las Entidades Convenidas , cuando el profesional previamente haya suscripto el Convenio de Adhesión Voluntario Individual, comprometiéndose a realizar prácticas (Consultas y prácticas especiales), en el marco del convenio con D.O.S.

**ARTICULO 10º:** Déjese establecido que al afiliado de D.O.S. no se le podrá cobrar ningún tipo de adicional o "plus", cuando se le efectúen las prácticas previstas en la presente, salvo el arancel que surja de aplicar el porcentaje a cargo del afiliado estipulado en la presente norma legal.

El mismo principio se aplicará a la consulta ambulatoria.

**ARTICULO 11º:** La facturación de las prestaciones previstas en la presente norma, se realizará a través de las Entidades Médico Asistenciales convenidas con la D.O.S., abonándose conforme a lo establecido en el convenio con las mismas.

Las Entidades Convenidas deberán aclarar en la factura correspondiente el monto de honorarios, monto de insumos y gastos operatorios, el monto en pesos a cargo del afiliado y el monto en pesos a cargo de la D.O.S.

Asimismo, deberá dejar aclarado el monto de pensión cuando así corresponda.

**ARTICULO 12º:** Establécese que los aranceles fijados en el Artículo 1º de la presente norma legal, excluye prestaciones radiológicas y anestésicas.

Asimismo déjese aclarado que la droga Toxina Botulínica, tiene la cobertura establecida oportunamente con las Entidades Farmacéuticas Convenidas

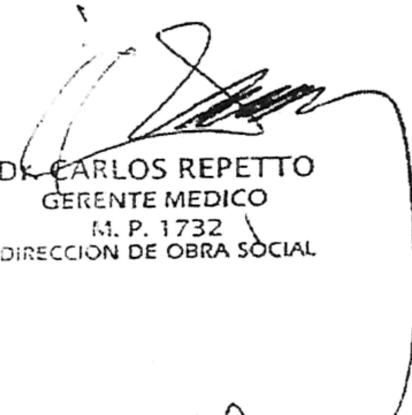
En cada caso deberán ser facturadas conforme a convenios suscriptos con cada una de las Entidades Convenidas o la normativa legal vigente.

**ARTICULO 13º:** Déjese establecido que los débitos efectuados en la facturación presentada, serán sometidos a Auditoría Compartida (constituida por representantes de la D.O.S. y la Entidad Médica Convenida), previo a continuar trámite de pago.

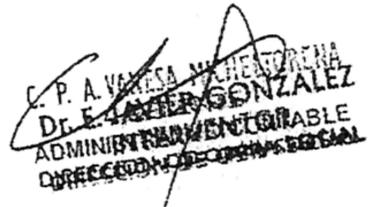
**ARTÍCULO 14º:** Apruebase el Formulario de Empadronamiento Para Pacientes con Indicación de Colocación de Balon Intragastrico, el que cono Anexo II forma parte integrante de la presente norma legal.

ARTICULO 15º: Deróguese la Resolución Nº 2959 -I-2014 y toda norma legal que se oponga a la presente.

ARTÍCULO 16º: Regístrese, Comuníquese y Archívese.



DR. CARLOS REPETTO  
GERENTE MEDICO  
M. P. 1732  
DIRECCION DE OBRA SOCIAL



C. P. A. VANESA MACHETORINA  
DR. E. L. GONZALEZ  
ADMINISTRADORABLE  
DIRECCION DE OBRA SOCIAL



DR. E. L. GONZALEZ  
M. P. 1732  
DIRECCION DE OBRA SOCIAL

IRIS ADRIANA VIDELA  
SUB-INTERVENTORA  
A/C. DE LA GERENCIA DE PRESTACIONES  
DIRECCION DE OBRA SOCIAL

ANEXO I

CODIGO	PRACTICA	UNIDAD DE INSUMOS	UNIDAD DE GALENO QUIRURGICO
20.01.22	FIBROENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN CONSULTORIO (Incluye: Material descartable y Medicación)	0	230
20.01.23	COLANGIOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA DIAGNOSTICA	0	817
20.01.24	FIBROENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA EN CONSULTORIO (Incluye: Material descartable y Medicación).	0	291
20.01.25	INSUMO POR CLIPS EN PRACTICAS QUE NO INCLUYE ESTE MATERIAL	1218	
20.01.35	POLIPECTOMIA COLONICA y/o GASTRICA	0	712
20.01.37	FIBROENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN INTERNADO	0	430
20.01.38	FIBROENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA EN INTERNADO	0	527
20.01.39	ENDOSCOPIA ALTA TERAPEUTICA EN HIPERTENSO PORTAL y/o LESIONES SANGRANTES DE ESTOMAGO, DUODENO O COLON (Incluye: Honorarios, Sustancia Esclerosante y Catéter Inyector)	0	1000
20.01.40	COLANGIOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA TERAPEUTICA CON PAPILOMA	0	1.319
20.01.41	GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA (No incluye set)	0	613
20.01.42	DILATACION ESOFAGICA CON DILATADOR TIPO SAVARY BAJO VISION ENDOSCOPICA y/o RADIOLOGICA	0	551
20.01.43	DILATACION ENDOSCOPICA DE RECTO Y COLON CON BALON (No Incluye: Set)	0	528
20.01.44	COLANGIOGRAFIA TERAPEUTICA CON COLOCACION DE STENT EN VIA BILIAR (Incluye: honorarios, y set de stent vía biliar con guía hidrofílica)	1.835	1.319
20.01.45	COLOCACION SE BANDAS ELASTICAS EN VARICES ESOFAGICAS (Incluye: Honorarios y set de siete bandas de neoprene)	2.525	764
20.01.46	COLOCACION DE STENT o PROTESIS ESOFAGICAS ASUTOEXPANSIBLES EN LESIONES TUMORALES DE ESOFAGO (Incluye honorarios médicos y set, stent o prótesis autoexpandible)	933	1.704
20.01.47	COLANGIOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA CON PAPILOTOMIA Y LITOTRIPSIA (Incluye: Honorarios y set de canastilla de Dormia para litotripsia mecánica )	5.014	1.319
20.01.48	COLOCACION DE CLIPS PARA HEMOSTACIA EN LESIONES SANGRANTES EN TUBO DIGESTIVO (Incluye honorarios y material )	1.218	764
20.01.49	GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PARA ALIMENTACION CON BOTON (Incluye: Honorarios y Set de gastrostomía endoscópica con botón )	3.306	613
20.01.50	GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PARA ALIMENTACION SIN BOTON (Incluye: Honorarios y Set de gastrostomía endoscópica)	2.350	613
20.01.51	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO	0	540
20.01.52	DILATACION CON BALON DILATADOR DE TRIPLE EXPANSION PARA ESOFAGO - ESTOMAGO - COLON - RECTO	2.727	528
20.01.53	VIDEO-FIBROENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN CONSULTORIO (Incluye: Medicación y material descartable)	0	402
20.01.54	VIDEO-FIBROENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA EN CONSULTORIO (Incluye: Medicación y material descartable)	0	444
20.01.55	MONITOEEO DE PH ESOFAGICO DE 24 hs.	1.126	309
20.01.56	COLOCACION DE BALON INTRAGASTRICO (No incluye Balon) (Expediente y Resolución Previa)		1670
20.01.57	EXTRACCION DE BALON INTRAGASTRICO AUDITORIA PREVIA EN D.O.S. (Expediente y Resolución Previa)		1945
20.01.58	COLOCACION y UBICACIÓN DE SONDA DE ALIMENTACION NASOYEYUNAL		430

  
**DR. CARLOS REPETTO**  
 GERENTE MEDICO  
 M. P. 1732  
 DIRECCION DE OBRA SOCIAL

  
**IRIS ADRIANA VIDELA**  
 SUB-INTERVENTORA  
 A.C. DE LA GERENCIA DE PRESTACIONES  
 DIRECCION DE OBRA SOCIAL

  
 DIRECCION DE OBRA SOCIAL

## ANEXO II

"Módulo Colocación de Balón Intragástrico", destinado a los afiliados de D.O.S. que padezcan obesidad mórbida y que demuestre contraindicación absoluta o relativa al procedimiento quirúrgico de cirugía bariática

Incluye:

- Honorarios de médico especialista en Gastroenterología y equipo quirúrgico.

Fíjase el honorario del Médico Anestésista para éste Módulo en Complejidad 5, con la cobertura convenida oportunamente con la A.S.A.A.R.

"Módulo Extracción de Balón Intragástrico", destinado a los afiliados de D.O.S. que padezcan obesidad morbida y hayan sido sometidos a la colocación del Balón Intragástrico. Incluye:

Honorarios de médico especialista en Gastroenterología y equipo quirúrgico

Fíjase el honorario del Médico Anestésista para éste Módulo en Complejidad 6, con la cobertura convenida oportunamente con la A.S.A.A.R.

Para autorizar los módulos dispuestos en la presente norma legal, deberá el afiliados cumplimentar ante Auditoría Médica de D.O.S.:

- Indicación médica extendida por profesional médico especializado en gastroenterología y autorizado previamente por la D.O.S. para la realización de los procedimientos normatizados en la presente Norma legal.
- Historia Clínica que demuestre contraindicación absoluta o relativa al procedimiento quirúrgico de cirugía bariática.
- Realización y cumplimiento del Módulo Clínico obligatorio, previo a la intervención, debidamente documentado, mediante la presentación de *Informe Final de Módulo Clínico*, firmado por responsable coordinador del equipo médico interdisciplinario.
- Formulario de Empadronamiento para paciente con Indicación de Colocación de Balon Intrastrico
- Informe del profesional especialista en salud mental que permita descartar las patologías psiquiátricas

Auditoría Médica de D.O.S. autorizará los módulos dispuestos en la presente norma legal sólo una vez en la vida del paciente y cuando tengan contraindicación absoluta o relativa a la cirugía bariática.

Es obligatoria la presentación, como parte de la facturación, de Certificado de Implante, donde conste descripción de los elementos, números de ANMAT, números de lote y stickers.

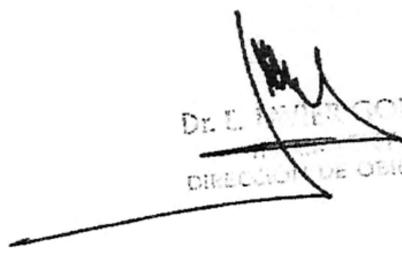
En caso de reintervenciones que surjan como consecuencia de complicaciones o recidivas de las patologías que originaron el procedimiento (colocación o extracción), la D.O.S. abonará un 50% del valor asignado.

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

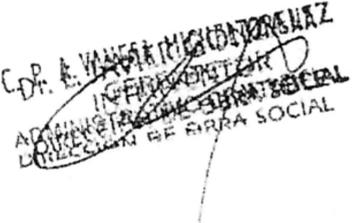
- Haber suscripto Convenio de Adhesión Voluntaria con la D.O.S.
- Haber presentado Copia de Seguro de Mala Praxis vigente.
- Título de especialista en Gastroenterología - Endoscopía, con acreditación en estos procedimientos.



Dr. CARLOS REPETTO  
GERENTE MEDICO  
M. P. 1732  
DIRECCION DE OBRA SOCIAL



Dr. E. M. GONZALEZ  
DIRECCION DE OBRA SOCIAL



C.P. A. VIDELA  
ADMINISTRADORA  
DIRECCION DE OBRA SOCIAL

IRIS ADRIANA VIDELA  
SUB-INTERVENTORA  
A/C. DE LA GERENCIA DE PRESTACIONES  
DIRECCION DE OBRA SOCIAL

D.O.S.

**FORMULARIO DE EMPADRONAMIENTO PARA PACIENTES CON INDICACION DE COLOCACION DE BALON INTRAGÁSTRICO**

**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-RÉSUMEN DE HISTORIA CLÍNICA**

Especificar tratamientos previos realizados:

.....

.....

.....

.....

**4-DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**

**a) Examen Físico**

Peso:  Talla:

IMC actual:  IMC hace 24 meses:

Adicciones: Tabaco  Alcohol  Drogas ilícitas

**Tipo de obesidad según IMC**

I  II  III

IV  V

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

Diabetes	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Hipertensión Arterial refractaria	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Síndrome de Apnea Obstructiva del sueño (SAOS)	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Síndrome de Hipoventilación Obesidad (SHO)	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Enfermedad Cardiovascular	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Depresión	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
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 <input type="text"/>	Hemoglobina <input type="text"/>	Plaquetas <input type="text"/>
Glucemia <input type="text"/>	PCR <input type="text"/>	Hba1c <input type="text"/>
Creatinina <input type="text"/>	Microalbuminuria <input type="text"/>	

**• Ionograma | Fecha: ... / ... / .....**

Na  K  Cl

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

Colesterol Total  HDL  LDL  Triglicéridos

### FORMULARIO DE EMPADRONAMIENTO PARA PACIENTES CON INDICACION DE COLOCACION DE BALON INTRAGASTRICO

• **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  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:.....

#### 7-TIPO DE CIRUGÍA A REALIZAR

MODULO DE COLOCACION DE BALON INTRAGASTRICO

Fecha propuesta de cirugía:.....

MODULO DE EXTRACCION DE BALON INTRAGASTRICO

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 auditoria 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

  
DR. CARLOS REPETTO  
GERENTE MEDICO  
M. P. 1732  
DIRECCION DE OBRA SOCIAL

  
IRIS ADRIANA VIDELA  
SUB-INTERVENTORA  
A.C. DE LA GERENCIA DE PRESTACIONES  
DIRECCION DE OBRA SOCIAL

  
D.P. A. MARCELA M. CHELTORONA  
DR. E. JAVIER GONZALEZ  
SUB-INTERVENTORABLE  
DIRECCION DE OBRA SOCIAL