

## **RESOLUCIÓN Nº 01 / 2007**

---

### **VISTO**

Las Resoluciones en vigencia Nº 72/03; 73/03; 85/03;86/03; 87/03; 03/04; 19/04 y 46/04 que reglamentan y modifican los Planes y Programas de promoción, prevención y asistencia de la salud de los Sres. Afiliados y

### **CONSIDERANDO:**

Que resulta conveniente incorporar en un solo cuerpo resolutivo los Planes y Programas de promoción, prevención y de asistencia de la salud que el S.M.A.U.N.S.E. ofrece a los Sres. Afiliados;

Que es necesario modificar algunos a partir de los nuevos Convenios firmados con los prestadores;

Que la Sra. Directora del Area de Prestaciones Médicas Asistenciales elaboró y presentó un documento sobre el tema y

Que tal cuestión fue tratada en varias reuniones del Consejo Directivo y en la de fecha 13/12/06 resolvió aprobar la propuesta referida.

Por todo ello

### **EL CONSEJO DIRECTIVO DEL SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SANTIAGO DEL ESTERO (SMAUNSE)**

#### **R E S U E L V E**

**ARTICULO 1º.-** Derogar las Resoluciones Nº 72/03; 73/03; 85/03;86/03; 87/03; 03/04; 19/04 y 46/04.

**ARTICULO 2º.-** Aprobar los Planes y Programas de promoción, prevención y asistencia de la salud de los Sres. Afiliados que se incluyen en el Anexo de la presente Resolución.

**ARTICULO 3º.-** Emitir las Credenciales que identifiquen a los Afiliados incorporados en los Planes o Programas a que se refiere el Artículo anterior.

**ARTICULO 4º.-** Indicar que la presentación de la Credencial es absolutamente obligatoria para todo trámite de autorización y para compra de medicamentos que el Afiliado realice.

**ARTICULO 5º.-** Notificar al Sr. Director General y publicar. Cumplido, archívese.

#### **ANEXO**

### **RESOLUCIÓN Nº 01/2007**

#### **PLANES DE ASISTENCIA MEDICA**

##### **PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO**

**A)** Ingresarán al mismo las Afiliadas mujeres mayores de 20 años con vida sexual activa.

**B)** Se autorizarán anualmente en forma gratuita, un Papanicolau (Citología Exfoliativa, Oncológica y Hormonal – Cod: 15.01.06) y una Colposcopia (Cod: 22.01.01).

**C)** De resultar patológico, se autorizarán similares estudios con una cobertura del 70%.

**D)** Concluida la realización de dicha práctica, la Afiliada deberá concurrir con la misma al Médico de Familia dentro de los treinta días posteriores. Si no concurre a la entrevista en el plazo indicado, perderá la cobertura del Programa.

**E)** Los informes quedarán bajo la custodia del Médico de Familia para ser evaluados anualmente, conjuntamente con el Médico Auditor.

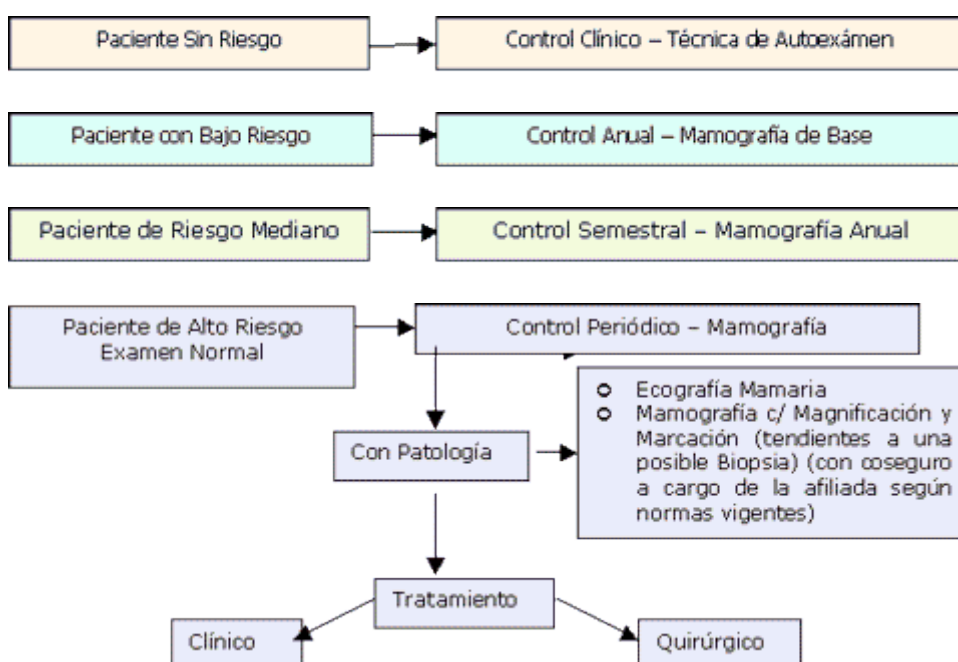
### **PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA**

**A)** Ingresarán al Programa las mujeres Afiliadas al S.M.A.U.N.S.E. de 35 años en adelante.

**B)** Este Programa se dará a conocer mediante campañas de concientización sobre los factores de riesgo de los carcinomas en general como: ingesta de alcohol; hábito de fumar; comportamiento sexual irresponsable; exposición al sol; sedentarismo; uso de medicamentos y dieta alimentaria.

**C)** Se informará la importancia de realizar el Auto examen mamario.

**D)** Se reconocerá anualmente una Mamografía convencional gratuita según el siguiente esquema:



**E)** Concluida la realización de dicha práctica, la Afiliada deberá concurrir con la misma al Médico de Familia dentro de los treinta días posteriores. Si no concurre a la entrevista en el plazo indicado, perderá la cobertura del programa y se cobrará el coseguro de las prácticas.

**F)** Los informes quedarán bajo la custodia del Médico de Familia para ser evaluados anualmente conjuntamente con el Médico Auditor.

### **PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE PRÓSTATA**

**A)** Destinado a todos los hombres Afiliados al S.M.A.U.N.S.E. de 50 años o más a la fecha de ingreso al Programa.

**B)** El Programa se dará a conocer mediante campañas de concientización sobre la importancia de la detección precoz.

**C)** Se entregará al Afiliado, conjuntamente con el pedido del Antígeno Prostático Específico, una planilla que será completada por el Médico Urólogo.

**D)** Se reconocerá una vez por año, la práctica Antígeno Prostático Específico con el 100 % de cobertura.

**E)** Concluida la visita al Médico Urólogo y realizado los estudios complementarios, el Afiliado deberá concurrir con los mismos al Médico de Familia en un plazo no mayor de 30 días. De lo contrario se cobrará el coseguro correspondiente a dichas prácticas.

**F)** Los precitados informes quedarán en archivo del Médico de Familia para ser evaluados anualmente en conjunto con Auditoría Médica.

### **ALGORITMO DE DIAGNOSTICO**

A todo paciente mayor de 50 años que concurra a la consulta se le realizará:

(1) TACTO RECTAL (TR) y Antígeno Prostático Específico (PSA).

#### **(2) Si el TACTO RECTAL es PATOLÓGICO:**

(3) (4) *Cualquiera sea el valor del PSA se debe realizar,*

(14) BIOPSIA PROSTÁTICA, preferentemente ECODIRIGIDA (Ecografía Prostática Transrectal, EPTR).

#### **(5) Si el TACTO RECTAL es NORMAL:**

(6) *El curso a seguir depende del VALOR DEL PSA ajustado por EDAD, METODO y VELOCIDAD.*

(7) **Si el PSA es MENOR de 4 ng/ml,**

(8) El paciente es CONTROLADO ANUALMENTE con Tacto Rectal y PSA.

(9) **Si el PSA se encuentra ENTRE 4 y 10 ng/ml,**

(10) Se obtiene el INDICE DE PSA (PSA libre sobre PSA total x 100).

(11) Si el índice es IGUAL o MAYOR a 18%,

(12) El paciente es CONTROLADO cada 6 meses con Tacto rectal y PSA.

(13) Si el índice es MENOR a 18%, se indica

(14) BIOPSIA, preferentemente ECODIRIGIDA.

(18) **Si el PSA es MAYOR a 10 ng/ml, se realiza siempre**

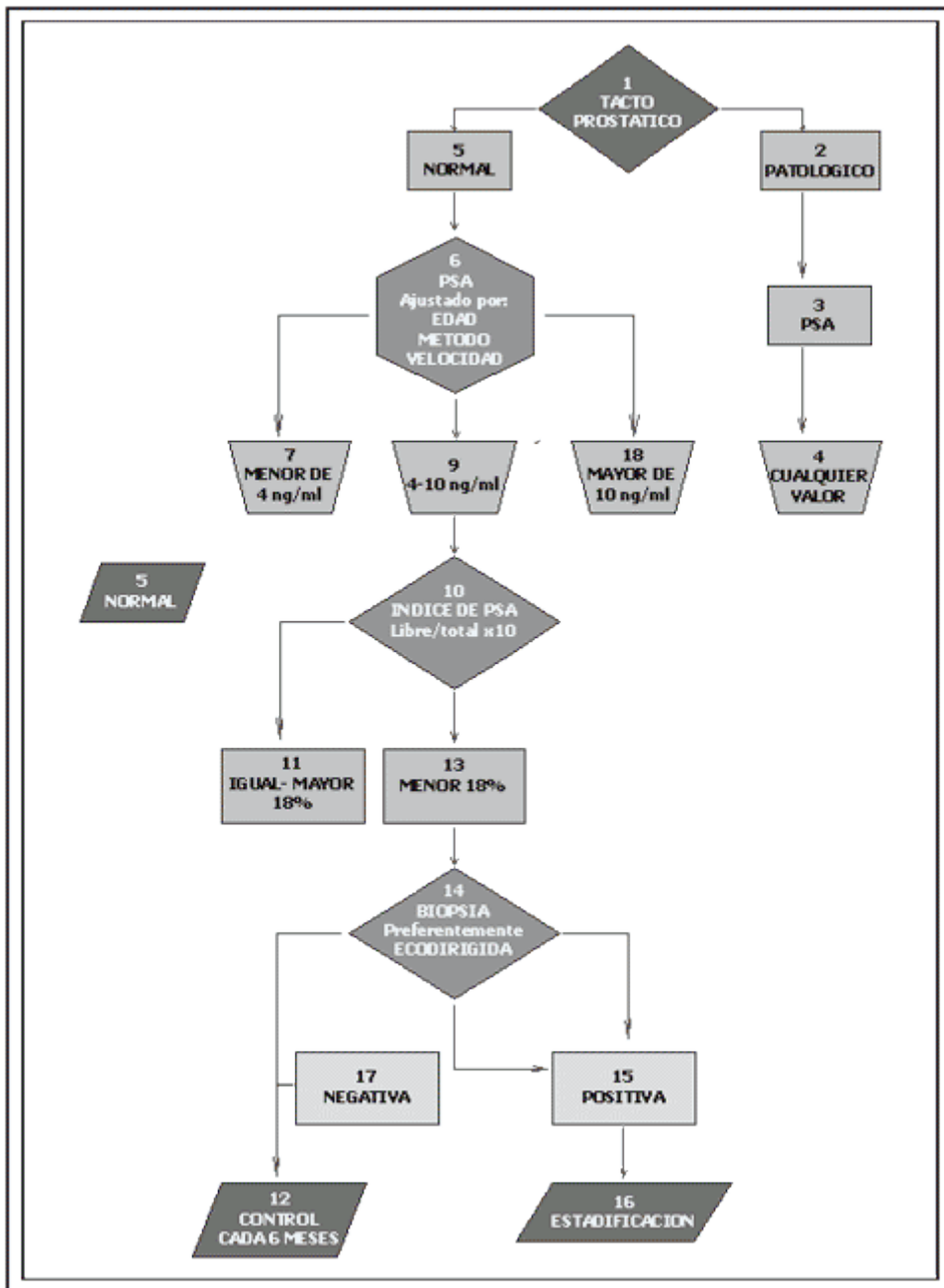
(14) BIOPSIA, preferentemente ECODIRIGIDA.

(15) Si el resultado de la biopsia es POSITIVO,

(16) El paciente se ESTADIFICA.

(17) Si el resultado de la biopsia es NEGATIVO,

(12) El paciente es CONTROLADO cada 6 meses con TR y PSA.



### PROGRAMA DE CONTROL ANUAL

**A)** Se entregará una (1) chequera para Examen de Control Anual a los Afiliados de 50 años o mayores.

**B)** El Afiliado deberá hacer prescribir por su médico tratante las prácticas necesarias para dicho control.

**C)** Se autorizarán gratuitamente cinco (5) Análisis Clínicos, una (1) Radiografía de Tórax y un (1) Electrocardiograma.

## **PLAN MATERNO INFANTIL**

### **EMBARAZADA**

### **ACREDITACIÓN**

Para la incorporación al Plan, la Afiliada deberá presentar el resultado de Subunidad Beta (Código 2161) o Gravindex (Código 293) o Ecografía, y Certificado de fecha probable de parto confeccionado por el Médico tratante que acredite su condición.

### **ASISTENCIA**

#### **Consulta médica**

Se prevé un total de ocho (8) consultas con sus respectivas órdenes para medicamentos sin cargo, para ser utilizadas durante la gestación y hasta cuarenta días después del parto (puerperio). La distribución de estas ordenes será la siguiente:

- Desde el cuarto y hasta el octavo mes de embarazo, una orden por mes con su respectiva orden de medicamentos.
- En el 9º mes de embarazo, dos ordenes.
- En el Puerperio (cuarenta días después del parto), una orden.

#### **Análisis de laboratorio**

Se reconocerán sin costo, previa presentación de la solicitud confeccionada de puño y letra por el médico tratante, los siguientes análisis:

- **Primer Trimestre:** VDRL Cualitativa (código 933); HIV (código 063); Toxoplasmosis TIF (código 871); Chagas TIF (código 243); HBS Ag (código 2019); Grupo Sanguíneo (código 433); Factor (código 413).
- **Segundo Trimestre:** En el cuarto y en el sexto mes de embarazo los siguientes Análisis Clínicos: Hemograma (código 475); Recuento de Plaquetas (código 746); Glucemia (código 412); Uremia (código 902); uricemia (código 904); Orina Completa (código 711).
- **Tercer Trimestre:** En el octavo y en el noveno mes de embarazo los siguientes Análisis Clínicos: Hemograma (código 475); Eritrosedimentación (código 297); Glucemia (código 412); Orina Completa (código 711); uricemia (código 904); Coagulograma (código 171); Proteínas (código 762).
- **Posparto:** En el primer mes los siguientes Análisis Clínicos: Hemograma (código 475); Orina Completa (códigos 711).

#### **Ecografía:**

- Se reconocerá sin cargo para la Afiliada, una (1) Ecografía tocoginecológica a partir del 3º mes de embarazo hasta el 6º mes de embarazo.
- Se reconocerá sin cargo para la Afiliada una (1) Ecografía tocoginecológica a partir del 7º mes de embarazo hasta el parto.
- Si se solicitaran más ecografías, la primera será reconocida con el 30% de coseguro, la segunda con el 50% de coseguro y las restantes serán a cargo total de la Afiliada.

#### **Ecografía Doppler**

En caso de ser necesario se reconocerá gratuitamente un (1) Eco-doppler Cardíaco Fetal o Ginecológico/Obstétrico según normas de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Las Ecografías doppler subsiguientes se reconocerán con coseguro, fijado por el S.M.A.U.N.S.E.

## **Vacunas**

- Se reconocerán sin cargo (2) Vacunas Antitetánicas para pacientes no vacunadas o con vacunación vencida.
- Se reconocerá sin cargo una (1) Gammaglobulina anti RH para madres RH negativo no sensibilizadas con hijos con RH Positivo.
- Se reconocerá sin cargo una (1) Gammaglobulina anti RH para madres RH negativo cuyo embarazo termina en aborto.

## **Evaluación Odontológica en Servicio Propio**

Se autorizarán, sin costo, las prácticas odontológicas: Tratamiento de la Gingivitis Marginal Crónica y Remoción de focos sépticos; Arreglos y Extracciones, sin costo.

## **Medicamentos**

Se entregará en forma gratuita:

- **A partir del Primer trimestre:**  
Ácido Fólico desde el diagnóstico hasta el tercer mes de embarazo.
- **A partir del Segundo Trimestre:**  
Calcio, Magnesio, Hierro, Vitaminas y Minerales durante todo el embarazo mediante recetario específico.
- **En internación para parto y cesárea:**  
Medicamentos incluidos en Vademécum, exclusivamente.

## **Otras Prácticas**

- **Tercer Trimestre:**  
Autorización y entrega gratuita de un (1) Monitoreo Fetal y un (1) Electrocardiograma.
- **En el Parto:**  
Autorización gratuita de Atención del Parto, Internación y Recepción del Recién Nacido en Sala de parto.

**RECIEN NACIDO** (hasta el año de vida)

## **INSCRIPCIÓN**

Deberá presentar la partida de nacimiento extendida por el Registro Civil o durante la tramitación de la misma, fotocopia del certificado de nacido vivo, dentro de los 10 días de la fecha de nacimiento.

## **ASISTENCIA**

### **Autorización sin cargo**

Internación del Recién Nacido Sano o Recién Nacido Patológico.

### **Consulta Médica**

Una (1) Orden de Consulta con su respectiva orden para medicamentos por mes a partir de los 10 días del nacimiento y hasta el año de vida. Total doce (12) órdenes.

### **Provisión de Leches en Polvo**

Se proveerá sin cargo en Farmacia Propia, previa presentación de la receta debidamente confeccionada de puño y letra del médico tratante, sin prescripción de marcas comerciales y con la autorización de Auditoría Médica. Si el Afiliado requiere otra marca comercial, la cobertura será del 65%.

### **Leches maternizadas**

Se proveerá en Farmacia Propia y en forma gratuita hasta dos (2) envases grandes cada

treinta (30) días; desde el nacimiento hasta el cuarto mes cumplido, total ocho envases. En caso de requerir un nuevo envase en este período, tendrá una cobertura del 65%. Si la necesidad se extendiera después de los cinco meses de vida, la leche maternizada tendrá una cobertura del 50%, previa presentación de Historia Clínica con justificación confeccionada de puño y letra del médico tratante y autorización de Auditoría Médica.

#### **Leches especiales**

Se proveerá en Farmacia Propia y en forma gratuita hasta su equivalente a dos envases grandes cada treinta días, desde el nacimiento y hasta el cuarto mes cumplido previa fundamentación médica, presentando en Auditoría Médica la Historia Clínica confeccionada por el médico tratante. Si el motivo que origina la prescripción se mantuviera, deberá actualizar la Historia Clínica cada tres meses, con una cobertura del 65%.

#### **Leches enteras**

Se proveerá en Farmacia Propia, con el 50% de cobertura hasta dos envases grandes cada treinta días, desde el quinto mes cumplido hasta los doce meses, total dieciséis envases.

**En caso de requerir leche entera los primeros cuatro meses de vida tendrá una cobertura del 100%.**

#### **Medicamentos necesarios en la internación**

Los incluidos en Vademécum, con el 100% de cobertura.

#### **Análisis de laboratorio**

Se reconocerán gratuitamente, los siguientes análisis:

Al nacer: análisis para la detección de Errores Congénitos: TSH (código 875); Fenilcetonuria (código 338); Fibrosis Quística (código 2154)

Un (1) Análisis para la determinación de Grupo Sanguíneo (código 433); Factor (código 813).

En el cuarto mes: Análisis Clínicos: Hemograma (código 475); Eritrosedimentación (código 297); Orina Completa (código 711)

Se le autorizará y entregará con el 70% de cobertura los siguientes Análisis Clínicos:

Biotinidasa (código 2155); Hiperplasia Suprarrenal (código 2156); Galactosemia (código 402).

Se le autorizará y entregará con el 80% de cobertura, cinco (5) Códigos de Laboratorio por mes sin Historia Clínica.

#### **Ecografía**

Se autorizará gratuitamente previa presentación de Historia Clínica una (1) Ecografía de Cadera.

#### **Vitaminas**

Se autorizará gratuitamente una (1) Vitamina K intramuscular en la recepción del Recién nacido.

#### **Medicamentos Ambulatorios**

Se autorizará gratuitamente hasta el 3º mes de edad: Hierro y Vitaminas A, D y C.

#### **Inmunización**

Se autorizarán sin cargo todas las Vacunas del período hasta los doce (12) meses, excepto las gratuitas del Plan Obligatorio provistas por el Estado, salvo que el médico tratante lo justifique con presentación de Historia Clínica.

### **PLAN PARA DIABÉTICOS**

## OBJETIVO

- Cubrir las necesidades particulares de los Afiliados que posean esta afección.
- Establecer pautas de tratamiento general que permitan una atención adecuada del enfermo teniendo en cuenta eventuales complicaciones. Todo esto enmarcado dentro del esquema de atención primaria, coordinado con los otros niveles superiores de atención.
- Estimular la participación activa del paciente en su cuidado a través de la educación y de la utilización de los métodos de autocontrol a fin de evitar las complicaciones propias de la misma.
- Difundir criterios de educación sanitaria dirigidos a la prevención de los factores de riesgo de Diabetes y sus complicaciones, tales como obesidad, malos hábitos alimenticios, sedentarismo y tabaquismo.
- Cubrir la Diabetes gestacional desde el diagnóstico hasta los tres meses posteriores al parto.

## ACREDITACIÓN DE LA PATOLOGÍA

Se incorporarán al Programa aquellos Afiliados que por sus características integran los grupos de riesgo y los enfermos diabéticos en sus distintos grados. Dispondrán de los beneficios sólo los Afiliados registrados e incorporados al Programa por el Médico de Familia del S.M.A.U.N.S.E., sin que ello invalide la libre elección del Médico Tratante. Para ello deberá solicitar en Mesa de Entradas el formulario de SOLICITUD DE INCLUSIÓN en el Plan la que será llenada de puño y letra por el Médico tratante acompañada de los estudios previos que justifiquen la enfermedad y presentada posteriormente ante el Médico de Familia del S.M.A.U.N.S.E quien los clasificará para conocer los grupos según el riesgo o el avance de la enfermedad.

## SEGUIMIENTO

El seguimiento y los controles a los Afiliados incorporados al Programa es responsabilidad del Médico del S.M.A.U.N.S.E. y se realizará en el Consultorio Propio. Los Afiliados registrados, en uno u otro grupo, deberán cumplir con el Plan de visitas y controles trazado por el Médico. Todo incumplimiento originará la exclusión del Programa y perderá los beneficios debiendo abonar los coseguros detallados en la cartilla de prestaciones.

## COBERTURAS

La cobertura de prácticas, de medicamentos y de equipos sólo se otorgará a quienes se registren en el Programa y conforme al **Grupo** en el cual, el Médico del S.M.A.U.N.S.E., lo incorpore.

### Grupo de riesgo

El Afiliado será atendido por el Médico en el Consultorio Propio, sin cargo.

Los controles que indicara el Médico en el Plan de seguimiento, serán sin cargo.

### Grupo diabéticos tipo I o insulino dependientes

El Afiliado recibirá lo que se detalla a continuación con la cobertura que se indica:

Insulina 100 %
Hipoglucemiantes orales 70 %
Jeringas, agujas y tiras reactivas hasta 400 anuales 60 %
Un aparato lector de glucosa cada 5 años 100 %

### Grupo diabéticos tipo II o no insulino dependientes

El Afiliado recibirá lo que se detalla a continuación con la cobertura que se indica:



## Hipoglucemiantes orales 70 %

A los Afiliados que adquieran el aparato lector de glucemia por su propia cuenta, se le reconocerá:

- Tiras reactivas: 60% hasta 120 anuales  
50% si requiere mayor cantidad

### **Grupo diabetes gestacional similar a diabéticos tipo I**

La Afiliada recibirá lo que se detalla a continuación con la cobertura que se indica:

- Insulina 100%
- Aparato lector en comodato hasta los 90 días posteriores al parto.
- Tiras reactivas 60% hasta 120 anuales  
50% si requiere mayor cantidad

## **PROGRAMA DETECCIÓN TEMPRANA Y ATENCIÓN DE HIPOACUSIA**

### **PROLOGO**

La Ley N° 25415 establece en el Artículo 1º el derecho de todo recién nacido a que se estudie tempranamente su capacidad auditiva y se le brinde tratamiento en forma oportuna si lo necesitare y en el Artículo 2º indica la obligatoriedad de las Obras Sociales, a que se establezcan las normas acordes al avance de la ciencia y la tecnología.

El SMAUNSE, atento al cumplimiento del Programa Médico Obligatorio de Emergencia y en el afán de ampliar los servicios de prevención a los Afiliados y en especial al grupo etareo de la niñez decide implementar el presente Programa a fin de realizar tratamientos precoces que disminuyan el efecto negativo que pueda influir en el desarrollo lingüístico, intelectual, familiar y social del niño.

### **MODALIDAD OPERATIVA**

El Programa está destinado a todos los recién nacidos hasta el tercer mes de vida y a los niños en el inicio de su escolaridad primaria.

Conjuntamente con el Plan de Seguro Materno Infantil, se hará entrega de los folletos informativos que destacan la importancia del Screening Auditivo.

### **COBERTURA**

En la Provincia de Santiago del Estero desde el año 2006 se realiza el estudio de Otoemisiones Acústicas por lo que se otorgará sin cargo dicha práctica y se instruirá a los padres sobre el modo de detectar tempranamente la Hipoacusia mediante la observación. Auditoria Médica detectará los recién nacidos de alto riesgo y reconocerá gratuitamente el estudio, si el especialista considera necesario.

Se reconocerá una orden médica gratuita por examen Otorrinolaringológico (ORL) al inicio de la escolaridad primaria.

Se completa la atención integral del hipoacúsico con la entrega gratuita del audífono. Se autorizará la rehabilitación fonoaudiológica cuando ya está instalada la patología y es el momento de "Rehabilitar y Recuperar".

### **PROVISIÓN DE AUDÍFONOS**

El afiliado concurrirá al S.M.A.U.N.S.E. con el informe de los estudios previos, la solicitud de prescripción del audífono que confeccionará el médico ORL con la indicación del tipo de audífono, sin marca comercial (solicitud de prótesis).

El afiliado solicitará dos presupuestos conforme a la prescripción y el S.M.A.U.N.S.E. autorizará el de menor valor que cumpla con las indicaciones.

Se exigirán presupuestos de Instituciones y/o comercios que aseguren un mínimo de 12 meses de garantía.

Una vez provisto el audífono de conformidad con la prescripción y el presupuesto aceptado, el proveedor presentará la factura con el certificado de implante, la garantía escrita y el stickers respectivo, para su cobro.

Hasta el nivel pre-escolar, se otorga equipamiento bilateral con audífonos retroauriculares para el estímulo de la vía neurosensorial.

Durante la escolaridad y hasta los 18 años se otorgan equipos intrauriculares bilaterales.

A partir de los 18 años o fin de la enseñanza obligatoria, se provee un otoamplífono retroauricular con moldes para intercambio bilateral y recambio cada 5 años.

No se reconoce la cobertura de audífonos con traspositores de frecuencia.

S.M.A.U.N.S.E. tiene convenio con la Mutualidad Argentina de Hipoacúsicos. (<http://www.mah.org.ar>).

### **PRIMERA PROVISIÓN**

Si el Afiliado requiriese dos audífonos por patología bilateral, la cobertura será del 100% del costo del presupuesto presentado de menor valor hasta un tope de \$ 1200,00 cada uno.

En patología neurosensorial o perceptiva (es la que afecta al oído interno, nervio, vías nerviosas o corteza), se cubrirá el 100% del costo del audífono.

En patología de conducción (es la que compromete el oído externo y/o medio), se cubrirá el 100% del costo del audífono.

No se reconocerá reposición de audífonos antes de los 5 años de la primera provisión y de acuerdo a las presentes normas.

### **REPARACIÓN**

En caso que la provisión sea realizada en los términos del Convenio suscripto con la Mutualidad Argentina de Hipoacúsicos, recibirá la garantía del buen funcionamiento de los audífonos por el término de doce (12) meses a partir de la fecha de entrega, responsabilizándose por cualquier falla o defecto de fabricación en todas sus partes, excepto que el mal funcionamiento responda a las causas de uso incorrecto, golpes y/o roturas y/o reparaciones no efectuadas por el proveedor. Dicha responsabilidad se limitará a reparar o reponer sin cargo alguno cualquiera de las partes y/o componentes que el proveedor estime defectuosas.

En caso de reparación, pasados los 12 meses, la cobertura será del 50%.

### **PROGRAMA DE COBERTURA DE HIV/SIDA**

Se autorizará conforme a la Ley N° 24455 que dispone la cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos para las personas infectadas por alguno de los retrovirus humanos y las que padecen el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y la prevención de dichas patologías.

### **OBJETIVOS**

S.M.A.U.N.S.E., consciente de la problemática que significa el Síndrome de Inmunodeficiencia, determina los presentes objetivos:

- Evitar la progresión de la infección por el VIH en el conjunto de Afiliados.

- Garantizar la atención adecuada física, psicológica y/o social a las personas con prácticas de riesgo, seropositivas y enfermas.
- Propiciar el conocimiento de la patología y favorecer el desarrollo de actitudes de respeto y aceptación a las personas enfermas.

## **PREVENCIÓN**

Estará a cargo del Médico de Familia y el Servicio Social del SMAUNSE, mediante reuniones con los jóvenes y adolescentes y con los grupos de riesgo que surgieran de las consultas.

## **ALCANCES DE LA COBERTURA**

Todas las prestaciones que se detallan a continuación tendrán una cobertura del 100% e incluye a los hijos de madres HIV positivas, de acuerdo a los protocolos peri natales de detección precoz para el recién nacido de madre infectada:

- Medicamentos específicos que figuren en los protocolos nacionales de tratamiento de la enfermedad y sus complicaciones
- Psicoterapia de apoyo hasta 4 (cuatro) sesiones mensuales durante un período de 6 (seis) meses.
- Análisis específicos de control de la patología según normas del SMAUNSE.
- Vacunas según normas.

## **CONDICIONES DE INGRESO AL PROGRAMA**

Confirmación serológica de VIH mediante técnicas reconocidas, Elisa por 2 y Western Blot. Cumplimentar la planilla de ingreso que deberá solicitar en la Dirección de Prestaciones Medicas Asistenciales y deberá ser llenada por el Médico Infectólogo.

## **LÍMITES DE LA COBERTURA**

No se reconocerán los tratamientos y estudios que se encuentren en etapa experimental y que no hayan sido aceptados por la Comunidad Científica Internacional o las Autoridades Nacionales de Salud.

## **PLAN ONCOLÓGICO**

### **OBJETIVOS**

S.M.A.U.N.S.E. consciente de la idea que hacer frente al cáncer no es tarea fácil por los efectos físicos que produce, los tratamientos cruentos y costosos y el impacto emocional y psicológico de la persona que lo padece; se fija como OBJETIVO llegar a nuestros Afiliados con un PLAN ONCOLÓGICO INTEGRAL que les permita tener la tranquilidad de afrontar su realidad desde la estadificación y tratamiento.

### **ACREDITACIÓN**

Para ingresar a este Plan, el Afiliado deberá presentar en Auditoria Médica:

- Historia Clínica donde conste el diagnóstico e información sobre los últimos estudios realizados.
- Informe de Anatomía Patológica (biopsia).
- Protocolo Terapéutico donde figuren drogas, posología, tiempo de tratamiento, etc.

### **PERÍODO DE LA COBERTURA**

La cobertura se inicia con el diagnóstico anatomopatológico de neoplasia y se prolonga hasta el final del tratamiento.

## **DIAGNÓSTICO ESTADIFICACIÓN Y CONTROL**

La patología Oncológica tendrá una cobertura del 100 % a cargo de la Obra Social y alcanza los siguientes ítem:

- Los procedimientos terapéuticos de terapia radiante.
- Drogas oncológicas incluidas en protocolos nacionales aprobados por la autoridad de aplicación y el Ondasetron para el tratamiento de vómitos agudos inducidos por drogas altamente emetizantes.
- RMN una por año con historia clínica.
- TAC una por año-con historia clínica.
- Rx de tórax y abdomen hasta dos por año.
- Prótesis e implantes de colocación interna permanente según normas de SMAUNSE.
- Servicios de Nutrición con la elaboración de la dieta correspondiente sin cargo para el afiliado.

Según necesidad y con Historia Clínica y estudios anteriores se autorizarán los siguientes análisis de laboratorio:

- 144** - Carcinoembrionario (CEA)
- 2083** - Marcadores para Mama CA 15.3
- 2084** - Marcadores para Ovarios CA 125
- 2085** - Marcadores para Tubo Digestivo CA 19.9

Bimestral con Análisis Anteriores:

- 192** - Creatinina en Orina o Sangre
- 297** - Eritrosedimentación
- 420** - Gamma Glutamil Transpeptidasa
- 475** - Hemograma
- 481** - Hepatograma
- 746** - Recuento de Plaquetas
- 902** - Uremia

Los estudios que no se encuentren dentro de los mencionados o estuvieran fuera de los topes fijados tendrán la cobertura ordinaria.

La medicación no oncológica tendrá cobertura según vademécum del S.M.A.U.N.S.E.

## **LIMITES DE LA COBERTURA**

No se reconocerán aquellos tratamientos de Terapia radiante, quimioterapia y cirugía que estén en etapa experimental y/o que no hayan sido aceptados mayoritariamente por la Comunidad Científica Internacional y la ANMAT.

## **CUIDADOS PALIATIVOS**

El cuidado paliativo cubrirá la asistencia a pacientes con expectativa de vida estimada no mayor a 6 (seis) meses.

- Recibirá el Servicio de Asistencia Social y de Auditoría Médica del S.M.A.U.N.S.E.
- Los medicamentos analgésicos específicos tendrán una cobertura con el 100%.
- Cobertura con el 100% de 2 ( dos) sesiones de psicoterapia familiar mensual durante seis (6) meses.
- Auditoría Médica comunicará al Servicio de emergencia (SEM) la necesidad del Afiliado para su atención especial.

## **Actividades del Área de Trabajo Social:**

- Realización de entrevistas diagnósticas con el paciente, familia y/o entorno significativo.
- Planificación de estrategias de abordaje social.
- Realización de entrevistas de seguimiento.
- Interconsultas y/o derivaciones ante disfunciones sociales no controlables en ese nivel.
- Conexión con los recursos sociales necesarios para la resolución de las problemáticas detectadas (obtención de medicación, traslados, orientación previsional).

## **CIRCUITO ADMINISTRATIVO**

Dictamen de Auditoria Médica.

Confección de la Ficha Oncológica por el Médico de Familia del S.M.A.U.N.S.E.

## **PROGRAMA DE ATENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD**

### **COMPONENTES DE LOS PROCESOS DE:**

#### **Prevención**

Adoptar medidas para evitar que se produzcan deficiencias físicas, mentales, etc.

#### **Rehabilitación Médico Funcional**

- Rehabilitación propiamente dicha: Son técnicas interdisciplinarias dirigidas a mejorar el pronóstico funcional de las afecciones invalidantes. La rehabilitación funcional es fundamentalmente una intervención centrada en las deficiencias de la persona y su criterio de éxito es la mejoría funcional global.
- Entrenamiento para la autonomía personal: Son medidas rehabilitadoras dirigidas a reducir la necesidad de cuidados continuos, a posibilitar el autocuidado, a mejorar la capacidad de comunicación, desarrollar destrezas motoras y habilidades sociales básicas que permitan una integración con el medio físico social.

**Integración:** Comprende medidas legislativas, de seguridad social, información y educación pública, formación profesional, empleo, recreación y deportes y todas aquellas que tiendan a hacer de la persona un sujeto social.

## **OBJETIVOS**

Si bien las Obras Sociales Universitarias no están comprendidas por el Régimen Jurídico de las Leyes Nº 23.360 y Nº 23.361, la Obra Social de la Universidad Nacional de Santiago del Estero, S.M.A.U.N.S.E., implementó desde su inicio programas de atención al afiliado discapacitado, para:

- Contribuir a la integración de los Afiliados con discapacidad y la equiparación de oportunidades.
- Expandir la cobertura de prevención y rehabilitación que nos permita colaborar con la familia a mejorar la situación especial que deben afrontar.

## **ACREDITACIÓN**

La acreditación de la discapacidad, es decir la certificación oficial que reconoce a una persona como discapacitada, se halla contemplada en la Ley Nº 22.431 y en el Decreto 498/83, en su artículo 3º, que la reglamenta. Esta normativa rige para el nivel nacional, en tanto que las leyes provinciales establecen cómo será acreditada la discapacidad y que organismo provincial será el encargado de expedir la certificación en su jurisdicción.

Las Obras Sociales Universitarias al estar excluidas de las Leyes generales de Obras Sociales pueden elegir el modo de acreditación más conveniente a su funcionamiento.

Los Afiliados discapacitados del S.M.A.U.N.S.E. deberán solicitar su incorporación al Plan ante

la Oficina de Auditoría Médica acompañando el pedido con el certificado de discapacidad emitido por el Ministerio de Bienestar Social, la Historia Clínica completa del tratamiento indicado expedidos por el profesional actuante y los datos personales del beneficiario a incorporar según Ficha entregada en Auditoría Médica. La fecha de ingreso al Plan para el cómputo de los plazos, será la de aprobación del trámite.

Cada seis meses el Afiliado que se incorporó al Plan, o a quien lo tenga a su cargo, deberá presentar nueva ficha con Historia Clínica expedida por el médico que lo asiste, en la que se detalle la situación en la que se encuentra.

Auditoría Médica autorizará la permanencia en el Plan. Sin este requisito se suspenderán las prestaciones y beneficios.

El Afiliado deberá informar sobre los beneficios de cobertura por otras Obras Sociales en caso de poseerla.

### MODELO PRESTACIONAL

La cobertura de este Plan fue diseñada para todas las Obras Sociales Universitarias por el Consejo Nacional de Obras Sociales Universitarias, C.O.S.U.N., conforme a las Leyes Nº 24.901 y Nº 24.741.

En todos los casos el tratamiento debe ser indicado, de puño y letra, por su médico de cabecera o el equipo tratante.

Tipos de discapacidades		0 a 4 años	5 a 6 años	7 a 14 años	15 años en adelante
<b>Mentales Sensoriales</b>	Con posibilidad de educación	Estimulación temprana	Jardín de Infantes	Escolaridad Primaria	Formación laboral
<b>Motores con compromiso mental</b>	Sin posibilidad de educación	Estimulación temprana	Estimulación temprana	Centro de Rehabilitación	
<b>Motores sensoriales adquirida Mentales</b>	Con posibilidad de educación y rehabilitación	Estimulación temprana	Estimulación temprana Escuela Común	Rehabilitación Escuela Común	Rehabilitación
<b>Psicóticos en crisis</b>		Estimulación temprana Tratamiento ambulatorio	Estimulación temprana Tratamiento ambulatorio	Tratamiento ambulatorio	Tratamiento ambulatorio

#### La cobertura será asignada de la siguiente manera:

**De 0 a 2 años:** Estimulación temprana a cargo de un solo profesional.

**De 3 a 4 años:** Estimulación temprana, más un profesional.

**De 5 a 6 años:** Estimulación temprana y Jardín de Infantes, más un profesional (Fonoaudiólogo, Psicomotricista o Fisiatra).

**De 7 a 14 años:** Escolaridad y Tratamiento con hasta dos profesionales.

**De 15 años en adelante:** Talleres Educativos - Laborales, Rehabilitación (Pacientes Lesionados Medulares, ACV, Artritis Reumatoidea, etc.).

Se puede autorizar psicopedagogo o maestro de apoyo a aquellos niños que realizan integración en escuela común.

La cobertura será por Sistema de Módulos (se entiende por módulo todas las sesiones que el paciente necesite por mes).

## **NOMENCLADOR DE PRESTACIONES**

### **Módulo de discapacidad**

Se reconoce el 100 % del monto de las prestaciones o módulos acordados con los profesionales y/o instituciones especializadas en dichos tratamientos. Comprende terapias de control y de seguimiento y los tratamientos:

Rehabilitación

Neurología

Psicología

Fonoaudiología

Kinesiología y Fisioterapia

Discapacidad intelectual

Estimulación temprana

Terapia ocupacional

Pedagogías terapéutica (Psicopedagogos, Ortopedagogos, Estimulador Visual, etc.)

Otros que fueren incorporados al módulo o que integren nuevos módulos contratados.

### **Módulo de Escolaridad**

Se reconoce el 100 % del monto acordado con el SMAUNSE.

### **Psicoterapia del Grupo Familiar Primario**

Acceden a este beneficio solamente los miembros del grupo familiar del Afiliado incorporado al Plan. Para ello deberán presentar la Historia Clínica y la prescripción expedida por el médico actuante, ante Auditoría Médica, quien determinará la obtención de este beneficio. Autorizada la atención, a nombre del beneficiario del Plan, se reconocerán cuatro prácticas por mes durante 2(dos) meses. Total anual: ocho sesiones.

### **Ortesis y Prótesis Externas**

Cobertura del 100% según normas del SMAUNSE de prótesis externas y ortesis, calzados ortopédicos, calzado deportivo ortopédico, plantilla, corset y férulas.

### **Prótesis**

Se reconoce el 100 % del monto del presupuesto autorizado que será el menor de plaza y cumpla con las características solicitadas, según normas generales de SMAUNSE

### **Traslados**

Comprende el traslado urbano y el interurbano.

**Urbano:** El traslado es gratuito desde el domicilio a la escuela o hasta el centro especializado en donde realizará el tratamiento e incluye el regreso. El mismo debe ser aprobado y autorizado por Auditoría Médica del S.M.A.U.N.S.E. en forma previa.. Dicho reintegro se autorizará siempre que el Afiliado no pueda trasladarse en medios de transporte públicos.

**Interurbano:** Está previsto para realizar consultas a especialistas o recibir alguna prestación específica, fuera de la provincia dentro del país. Sólo se aprobarán dos por año.

Se reconoce el 100 % del monto del pasaje, por vía terrestre, del Afiliado incorporado al Plan.

Se reconoce el 50 % del monto del pasaje por vía terrestre para un acompañante del Afiliado incorporado al Plan con discapacidad parcial, previo informe de Auditoría Médica según la Historia Clínica.

Se reconoce el 80 % del monto del pasaje por vía terrestre para un acompañante del Afiliado incorporado al Plan con discapacidad total, previo informe de Auditoría Médica según la Historia Clínica.

En todos los casos, sean traslados urbanos o interurbanos, S.M.A.U.N.S.E. realizará autorización previa de los mismos, reservándose el derecho de rechazar aquellos que a su criterio no sean convenientes.

**Pañales**

Comprende todas las medidas de los pañales descartables. Deberá indicar el número de unidades que emplea por mes. Deberá retirarlos, únicamente, de la Farmacia del S.M.A.U.N.S.E. y abonará el 50 % sobre el precio de venta al público.

**Sillas de ruedas**

Comprende la cobertura del 50% de sillas comunes, especiales o a medida. S.M.A.U.N.S.E. autorizará la menor cotización de plaza.

**Medicamentos**

Comprende los medicamentos específicos para la patología con una cobertura del 100% sobre el precio de venta al público y los colaterales con el 70%. Serán calificados para la incorporación al Plan, por Auditoría Médica y Auditoría Farmacéutica, según la historia clínica expedida por el médico actuante en la ficha de discapacitados y serán provistos únicamente por la Farmacia del S.M.A.U.N.S.E.

**LIMITES DE LA COBERTURA**

No se reconocerán aquellos tratamientos que estén en etapa experimental o que no hayan sido aceptados mayoritariamente por la Comunidad Científica Internacional y la Secretaría de Salud Pública de la Nación, así como aquellos medicamentos no autorizados por la ANMAT.

**PROGRAMA DE ATENCIÓN AL ENFERMO CELIACO****REQUISITOS PARA EL INGRESO**

Historia Clínica completa elaborada por médico tratante, en ficha de SMAUNSE que será provista en Mesa de entradas.  
Estudios complementarios que avalen el diagnóstico.

**CIRCUITOS ADMINISTRATIVOS**

Dictamen de Auditoría Médica.  
Confección de la ficha individual por el Médico de Familia, en el Consultorio Propio.  
Controles y asientos mensuales en dicha ficha.

**PERIODO DE LA COBERTURA**

Desde el diagnóstico hasta el final del tratamiento.

**ALCANCE DE LA COBERTURA**

70 % de cobertura a cargo de la Obra Social de los Fármacos específicos según protocolo terapéutico y vademécum SMAUNSE.  
100 % de cobertura a cargo de la Obra Social de los Análisis Clínicos de diagnóstico y control de evolución de la enfermedad.  
80 % de cobertura a cargo de la Obra Social de las Prácticas de diagnóstico.

**DIAGNOSTICO**

Marcadores en sangre de la enfermedad celiaca:

2152 - Antigliadina  
2153 - Antiendomiso

Biopsia Intestinal



## CONTROL DE EVOLUCION

### Anualmente:

2152 - Antigliadina  
2153 - Antiendomisio

En los primeros 6 meses posteriores al Diagnóstico

### Mensual:

475 - Hemograma  
412 - Glucemia  
762 - Proteínas Fraccionadas, Albúmina Globulina  
362 - Fosfatemia  
133 - Calcemia Total  
357 - Fosfatasa Alcalina

### Cuatrimestral

Hasta cumplir los 18 meses, posteriores al diagnóstico.

### Anualmente

Después de los 18 meses.

## SOLICITUD DE INCLUSIÓN EN DISCAPACIDAD

FECHA - INGRESO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N° DE AFILIADO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_

APELLIDO Y NOMBRE DEL TITULAR: \_\_\_\_\_

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO: \_\_\_\_\_

EDAD DEL BENEFICIARIO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

ENFERMEDAD QUE ORIGINA LA INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA (HISTORIA CLÍNICA COMPLETA)

---

---

---

MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS DE SU ENFERMEDAD CON DOSIS DIARIA:


ESQUEMA DE REHABILITACIÓN INDICADO:

---

---

---

ACTUALIZACIÓN O MODIFICACIONES:

---

---

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_

AUTORIZACIÓN DE AUDITORIA MÉDICA: \_\_\_\_\_

FECHA DE ALTA DEL PLAN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

FECHA DE VENCIMIENTO DEL PLAN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**SOLICITUD DE INCLUSIÓN EN ENFERMEDAD CELÍACA**

FECHA - INGRESO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N° DE AFILIADO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_

APELLIDO Y NOMBRE DEL TITULAR: \_\_\_\_\_

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO: \_\_\_\_\_

EDAD DEL BENEFICIARIO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

(HISTORIA CLÍNICA COMPLETA)

---

---

---

---

---

---

---

MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS DE SU ENFERMEDAD CON DOSIS DIARIA:


ACTUALIZACIÓN O MODIFICACIONES:

---

---

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_

AUTORIZACIÓN DE AUDITORIA MÉDICA: \_\_\_\_\_

FECHA DE ALTA DEL PLAN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

FECHA DE VENCIMIENTO DEL PLAN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ESTA SOLICITUD DEBE SER ACOMPAÑADA DE LOS ESTUDIOS PREVIOS QUE JUSTIFIQUEN LA ENFERMEDAD.