

Asesoría General de Gobierno

**Decreto S. Nº 1325**  
**RATIFICASE CONVENIO ANUAL DE GESTION ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION Y EL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA**

San Fernando del Valle de Catamarca, 15 de Agosto de 2014.

**VISTO:**

El Expediente M-2051/2014, mediante el cual la Dirección Programa Federal de Salud Incluir Salud, solicita la aprobación del Convenio Anual de Gestión entre el Ministerio de Salud de la Nación y el Ministerio de Salud de la Provincia de Catamarca; y

**CONSIDERANDO:**

Que a fs. 02/05, obra Resolución Nº 231 de fecha 23 de Diciembre de 2013 de la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios del Ministerio de Salud de la Nación, por la cual se Aprueba el Compromiso Anual celebrado con la Provincia de Catamarca, con vigencia desde el primero (1º) de Noviembre del 2013 al treinta y uno (31) de Octubre de 2014.

Que a fs. 06/25, se adjunta Convenio Anual de Gestión suscripto entre el Ministerio de Salud de la Nación y el Ministerio de Salud de la Provincia de Catamarca para la atención médico integral de beneficiarios de la Dirección Provincial del Programa Federal de Salud -Incluir Salud, residentes en el ámbito territorial de la Provincia y sus Anexos que forma parte integrante del mencionado Convenio.

Que este compromiso tendrá una duración de doce (12) meses a partir del 01 de Noviembre de 2013 con vencimiento al 31 de Octubre de 2014.

Que a fs. 29, interviene Asesoría Legal de la Dirección Provincial del Programa Federal de Salud- Incluir Salud del Ministerio de Salud, mediante Dictamen Nº 066/2014.

Que a fs. 37, toma intervención que le compete Asesoría General de Gobierno, mediante Dictamen A.G.G. Nº 0891/2014.

Que el presente acto se dicta en uso de las facultades conferidas en el Artículo 149º de la Constitución de la Provincia.

**Por ello,**  
**LA GOBERNADORA DE LA PROVINCIA DE CATAMARCA DECRETA**

ARTICULO 1º.- Ratifíquese lo actuado por la Señora Ministra de Salud en la firma del Convenio Anual de Gestión, celebrado entre el Ministerio de Salud de la Nación y el Ministerio de Salud de la Provincia de Catamarca y sus Anexos I (Compromiso Anual) y II (Cobertura de Patologías de Alto Costo y Baja Incidencia), el que fue rubricado por la Sra. Ministra de Salud Dra. Imelda Noemí del Valle VILLAGRA y el Secretario de Promoción y Programas Sanitarios Ministerio de Salud de la Nación Dr. Máximo A. DIOSQUE, el que como Anexo forma parte del presente Decreto.

ARTICULO 2º.- Tome conocimiento a sus efectos: Ministerio de Salud.

ARTICULO 3º.- Comuníquese, publíquese, dése al Registro Oficial y Archívese.

**CONVENIO ANUAL DE GESTION**

Entre el MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, representado en este acto por el Señor Secretario de Promoción y Programas Sanitarios Dr. Máximo Diosque, con domicilio en Avenida 9 de Julio 1925, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en adelante denominado EL MINISTERIO, por una parte y el GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CATAMARCA, representada en este acto por la Señora Ministro de Salud Dra. Imelda Noemí del Valle Villagra, con domicilio en la calle Chacabuco Nº 169 de la Ciudad de San Fernando del Valle de Catamarca, en adelante denominada LA PROVINCIA, por la otra, convienen en suscribir el presente Compromiso Anual en el marco de lo aprobado por Resolución Ministerial Nº 1862 del 8 de noviembre de 2011.

PRIMERA «DE LA VIGENCIA» El presente convenio tendrá una duración de doce (12) meses a partir del 1º de noviembre de 2013 con vencimiento el 31 de octubre de 2014. EL MINISTERIO podrá prorrogar el compromiso por idéntico plazo, por única vez, en cuyo caso la decisión deberá ser notificada fehacientemente con una antelación no inferior a treinta (30) días.

SEGUNDA: «DE LA CAPITA COMPLEMENTARIA». Se transferirá semestralmente, un monto adicional en carácter de cápita complementaria a LA PROVINCIA, por cada beneficiario inscripto en su Padrón, y de acuerdo al porcentual de cumplimiento de los indicadores que se exponen a continuación:

I.- INDICADOR PACBI: El indicador a considerar es el porcentaje de beneficiarios con historias clínicas actualizadas de PACBI para la provincia correspondiente sobre el total de beneficiarios que figuren en el consolidado PACBI% de beneficiarios con HC actualizada = % beneficiarios con HC actualizada en consolidación PACBI

total de beneficiarios para dicha provincia en consolidado PACBI

Se considera actualizada a aquella historia clínica que no tiene más de tres meses anteriores a la fecha de su control. Modo de constatación: El último día hábil de cada mes se constatará en el consolidado PACBI el estado de actualización de todas las historias clínicas de los beneficiarios de la UGP en cuestión. Modo de adicional según cumplimiento:

- 90% o mayor de historias clínicas actualizadas = 10% adicional
- Entre 79 y 89% = 4% adicional
- Menos del 79 % = sin adicional

JUSTIFICACIÓN: La patología PACBI es un área de alto costo y de patologías críticas en las cuales es fundamental mantener las historias clínicas actualizadas para poder incluir a dichos beneficiarios en una línea de gobernanza homogénea para todos y así optimizar tratamientos. También para poder valorar la verdadera prevalencia de patologías PACBI y uso de medicamentos biológicos PACBI. El conocimiento actualizado de la situación PACBI es de mucha utilidad para poder hacer evaluación de costos actuales y futuros en el área.

II.- INDICADOR TRANSPLANTE: El indicador de transplante es el porcentaje de pacientes con situación definida en el SINTRA sobre el total de beneficiarios en SINTRA para una UGP determinada.

% de beneficiarios con situación definida en SINTRA = Beneficiarios con situación definida en SINTRA de una UGP definida

Beneficiarios totales en SINTRA de una UGP definida.

Modo de constatación: El último día hábil de cada mes se evaluará en SINTRA la situación de los beneficiarios para la UGP evaluada. Las situaciones definidas posibles son:

- C25: Voluntad de paciente de no transplante
- C26: Contraindicación de transplante
- LE: Incluido en lista de espera
- BT: Baja transitoria
- BP: Baja permanente
- PI: Proceso interrumpido

Modo (Incremento) de adicional según cumplimiento:

- 100% de beneficiarios con situación definida = 10% adicional
- Entre 75 y 99% = 5% adicional

- Menos del 74 % = sin adicional

JUSTIFICACIÓN: el tiempo prolongado de diálisis en pacientes con Insuficiencia renal crónica terminal es una realidad en nuestro país. La rápida definición en SINTRA de los pacientes con falla renal ayuda a disminuir los tiempos para el trasplante en caso necesario, o a definir la salida de lista de espera.

III.- INDICADOR SALUD MENTAL: El indicador salud mental es el porcentaje de pacientes incluidos en dispositivos alternativos a la internación psiquiátrica sobre el total de pacientes en tratamientos psiquiátricos:

% pacientes incluidos en dispositivos alternativos a la internación psiquiátrica:

Número de pacientes en dispositivos alternativos

Número total de pacientes bajo cobertura psiquiátrica

Se consideran dispositivos alternativos, (según art. 11°, Ley nacional 26.657): Atención domiciliaria supervisada

- Casas de convivencia
- Hospitales de día
- Cooperativas de trabajo
- Centros de capacitación sociolaboral
- Emprendimientos sociales
- Hogares y familias sustitutas

Modo de constatación: Informe mensual a presentar el último día hábil de cada mes donde consten (sujeto a auditoría):

- Número de usuarios de cada alternativa terapéutica
- Nombre de cada beneficiario y número de beneficio
- Nombre y dirección del prestador

Modo (incremento) de adicional según cumplimiento:

- 80% o mayor = 5% adicional
- Entre 40 y 79% = 2% adicional
- Entre 20 y 39% = 0,5 adicional
- Menos del 19% = sin adicional

USTIFICACIÓN: Debido a la existencia de la Ley Nacional de Salud Mental que prioriza las prestaciones alternativas a la institucionalización en esta materia, es objetivo de este Programa fomentar y estimular el desarrollo de una red prestacional acorde a los lineamientos de dicha ley. De este modo, los beneficiarios quedarán incluidos en prestaciones bajo el paradigma de la Salud Mental comunitaria, garantizando sus derechos y garantías de integración a la comunidad de origen.

En prueba de conformidad se firman dos (2) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los 23 días del mes de Diciembre de 2013.

**Dr. Máximo A. Diosque**

**Secretario de Promoción y Programas Sanitarios Ministerio de Salud de la Nación**

### COMPROMISO ANUAL

Entre el MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, representado en este acto por el Señor Secretario de Promoción y Programas Sanitarios Dr. Máximo Diosque, con domicilio en Avenida 9 de Julio 1925, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en adelante denominado EL MINISTERIO, por una parte y el GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CATAMARCA, representada en este acto por la Señora Ministro de Salud Dra. Imelda Noemí del Valle Villagra, con domicilio en la calle Chacabuco N° 169 de la Ciudad de San Fernando del Valle de Catamarca, en adelante denominada LA PROVINCIA, por la otra, convienen en suscribir el presente Compromiso Anual en el marco de lo aprobado por Resolución Ministerial N° 1862 del 8 de noviembre de 2011.

PRIMERA: «DE LA VIGENCIA» El presente compromiso tendrá una duración de doce (12) meses a partir del 1° de noviembre de 2013 con vencimiento el 31 de octubre de 2014. EL MINISTERIO podrá prorrogar el compromiso por idéntico plazo, por única vez, en cuyo caso la decisión deberá ser notificada fehacientemente con una antelación no inferior a treinta (30) días.

SEGUNDA: «DE LA CAPITA» El Ministerio transferirá mensualmente en concepto de cápita básica de acuerdo a lo establecido en la cláusula 7.2 del convenio marco, la suma de PESOS CIENTO DOS CON TREINTA Y SIETE CENTAVOS (\$ 102,37). Dicha cápita es comprensiva de todo el universo de prestaciones médico asistenciales requeridas por los afiliados, con excepción de las que en forma taxativa se enuncian en la CLAUDULA NOVENA del Convenio Marco.

TERCERA: «DE LOS BENEFICIARIOS». El número de afiliados residentes en LA PROVINCIA según Padrón al 1° de noviembre de 2013 alcanza a dieciséis mil cuarenta y cinco (16.045) beneficiarios.

CUARTA: «DEL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE ALTO COSTO Y BAJA INCIDENCIA» LA PROVINCIA autoriza a EL MINISTERIO a debitar de la facturación mensual el valor de PESOS DIECIOCHO CON CATORCE CENTAVOS (\$ 18,14) por cápita, para solventar el gasto que demande la cobertura de las prestaciones consideradas de alto costo y baja incidencia detalladas en el ANEXO II. Es responsabilidad exclusiva de LA PROVINCIA la cobertura en tiempo y forma de dichas prestaciones y/o provisiones.

La DNPM brindará asesoramiento en cuanto a los aspectos técnicos relacionados con esta cobertura. La transferencia de fondos a LA PROVINCIA por este concepto se efectivizará vía reintegro, previa autorización del mismo por parte de la DNPM, y según las pautas y valores establecidos en la Normativa para la tramitación del Reintegro de Gastos de la DNPM que LA PROVINCIA declara conocer y aceptar. Esta cobertura no se considera fuera de cápita sin perjuicio de su tratamiento específico. EL MINISTERIO se compromete a entregar semestralmente a LA PROVINCIA un informe sobre la transferencia de fondos por las prestaciones incluidas en el ANEXO II.

QUINTA: «DE LA CAPITA COMPLEMENTARIA» Se transferirá semestralmente a LA PROVINCIA por cada beneficiario que se encuentre inscripto en su padrón con el cumplimiento de los indicadores de desempeño pactados en el Convenio Anual de Gestión.

SEXTA: «AFILIADOS EN TRANSITO» En orden a lo previsto en la cláusula tercera del Convenio Marco vigente, la UGP que reciba un pedido de prestación por parte de un afiliado de otra jurisdicción, comunicará dicho pedido a la UGP de origen y ésta en el plazo de 48 hs. deberá aceptar el mismo o trasladar al afiliado al prestador que considere adecuado de acuerdo al caso. Asimismo, la DNPM facilitará los canales que sean menester a fin de colaborar en la resolución de aquellas controversias que pudieran originarse al respecto.

SEPTIMA: «DE LAS MODIFICACIONES DEL MANUAL OPERATIVO», el que forma parte integrante del presente como Anexo I.

7.1.- Se modifica el punto 5.4 «CEREZYME» del Capítulo 1, que pasa a llamarse «ENFERMEDADES DE DEPOSITO», y a cuyo listado se incorporan:

- Mucopolisacaridosis
- Enfermedad de Gaucher
- Enfermedad de Fabry
- Enfermedad de Pompe

7.2.- Se sustituye el contenido del Capítulo 6 «NORMATIVA PARA TRATAMIENTO DIALITICO CRÓNICO» por su nueva redacción.

7.3.- Se agrega al listo del punto «SILLAS DE RUEDAS» del Capítulo 7, la siguiente: «Sillas de rueda a motor: Para las indicaciones de sillas de ruedas a motor, la DNPM reintegrará hasta la suma de \$ 40.000.»

La presente modificación importa la incorporación del punto indicado a los contenidos en el listado del Anexo II del Convenio Marco -el que también forma parte integrante del presente como Anexo II, punto «SILLAS DE RUEDAS ESPECIALES».

7.4.- Se modifica el punto «DROGAS ONCOLÓGICAS - REUMATOLÓGICAS» del Capítulo 7, que pasa a llamarse «OTRAS DROGAS DE ALTO COSTO (REUMATOLÓGICAS ONCOLÓGICAS - METABOLISMO FOSFOCALCICO -ENFERMEDADES POCO FRECUENTES)», y a cuyo listado se agregan las siguientes drogas, con sus correspondientes sistematizaciones de uso:

- Tocilizumab
- Eculizumab
- Certolizumab
- Tofacitinib
- Bortezomib

- Cisteamina (tratamiento de la cistinosis)
- Acetato de icatibant
- Paricalcitol
- Carbonato de Sevelamer
- Everolimus (indicación oncológica)

La presente modificación importa la incorporación de las drogras precedentemente indicadas a las contenidas en el listado del punto «PRESTACIONES DE ALTO COSTO Y BAJA INCIDENCIA» del Anexo II del Convenio Marco.

7.5.- Se excluye el punto «DROGAS ANTI HIV NO CUBIERTAS POR EL PLAN NACIONAL DE HIV. del Capítulo 7. La presente modificación importa la exclusión del punto con igual nombre en el Anexo II del Convenio Marco.

7.6.- Se excluye el punto «ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA» del Capítulo 7. La presente modificación importa la exclusión del punto «RILUZOLE» en el Anexo II del Convenio Marco.

7.7.- Se incorpora en el capítulo 8 «TRAMITACIÓN DE REINTEGROS DE GASTOS POR PRESTACIONES Y PROVISIONES RECONOCIDAS FUERA DE CAPITA», el punto MODULO DE TRASPLANTE Y PRE TRASPLANTE.

OCTAVA: «DE LAS PRESTACIONES FINANCIADAS FUERA DE CAPITA»: A partir de la fecha de la firma del presente Compromiso, serán financiadas como fuera de cápita de acuerdo a las pautas detalladas en la cláusula 9.4 del Convenio Marco, los siguientes medicamentos

- Mucopolisacaridosos
- Enfermedad de Pompe
- Enfermedad de Fabry
- Eculizumab
- Módulo de Trasplante
- Módulo de Pre Trasplante

Las partes declaran que los domicilios válidos a los efectos de todas las notificaciones son los indicados en el exordio del presente compromiso y ya declarados en el Convenio Marco suscripto. En prueba de conformidad se firman dos (2) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los 23 días del mes Diciembre del año 2013.

## **ANEXO II COBERTURA DE PATOLOGÍAS DE ALTO COSTO Y BAJA INCIDENCIA A.**

### TRANSPLANTES:

#### 1) Médula Osea:

- Aplasia medular idiopática o adquirida no secundaria a invasión neoplásica.
- Tumores hemáticos (linfomas, leucemias).
- Mieloma múltiple.
- Otros casos, con el aval de Sociedad Científica Nacional.
- Se reconocerá el reintegro por recolección y criopreservación de células progenitoras en médula ósea y/o sangre periférica.

#### 2) Renal

- Con donante vivo relacionado.
- Con donante cadavérico.

#### 3) Cardíaco

#### 4) Cardiopulmonar

#### 5) Pulmonar

#### 6) Hepático

- Con donante vivo relacionado.
- Con donante cadavérico.

#### 7) Renopancreático

#### 8) Páncreas

#### 9) Intestino

#### 10) Masivo de Hueso para casos de:

- Cirugía de tumores óseos.
- Cirugía de malformaciones óseas congénitas.

#### 11) Córnea Inclusiones:

- Los estudios inherentes a la evaluación técnica o viabilidad médica del trasplante (evaluación pretrasplante), que no estén incluidos en el seguimiento habitual para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la enfermedad de base, hasta demostrar la falta de alternativas terapéuticas para la insuficiencia del órgano que requiere el trasplante.

Los gastos de procuración del órgano y/o tejido que corresponda, los estudios de histocompatibilidad y la cirugía de ablación (cuando corresponda).

- El procedimiento quirúrgico específico bajo modelo modular integral. Medicación inmunosupresora en la etapa posterior a la realización de los trasplantes detallados ut supra de por vida del paciente.
- Los estudios y evaluaciones de seguimiento específico del trasplante (estudios postrasplante) a fin de verificar la viabilidad del órgano transplantado mediante prácticas que entrañen riesgo potencial para su vitalidad.
- Asesoría institucional en la temática transplantológica.

#### Exclusiones:

- Traslado de pacientes y familiares.
- Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención de pacientes y familiares.
- Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de base y sus intercurencias.
- Complicaciones que excedan el módulo de trasplante (prolongación de internación, reintervenciones, reinternación por intercurencias).
- Trasplantes en el extranjero.

### B. ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA DEL PÁNCREAS

#### Inclusiones:

- Tratamiento farmacológico con DNASA
- Tratamiento farmacológico con Tobramicina aerosolizada para neumonías por pseudomonas aeruginosa
- Asesoría a nivel institucional en la temática referida. Exclusiones:
- Traslado de pacientes y familiares.
- Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención de pacientes y familiares.
- Diagnóstico de la enfermedad de base y sus intercurencias.
- Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.

### C. ESCLEROSIS MÚLTIPLE Se dará cobertura a medicación específica de la fisiopatología de esta enfermedad, en los siguientes casos:

1. Forma Remitente Recidivante.
2. Forma Secundaria Progresiva clínicamente activa. Inclusiones:
  - Tratamiento farmacológico Exclusiones:
  - Idem anteriores

### D. HORMONA DE CRECIMIENTO (SOMATOTROFINA)

Se dará cobertura en los siguientes casos:

1. Déficit de la hormona.
2. Insuficiencia Renal Crónica.
3. Síndrome de Turner.
4. Síndrome de Prader Willii
5. Panhipopituitarismo postquirúrgico por resección tumoral Inclusiones:
  - Tratamiento farmacológico Exclusiones:
  - ídem anteriores

### E. CIRUGÍAS CARDIOVASCULARES Y NEUROCIRUGÍAS

#### Inclusiones:

• Intervenciones incluidas en los códigos 10.04, 10.05, 11.04, 13.04 y 5.03 en el Nomenclador de Hospital Público de Gestión Descentralizada Resolución 855/00 Ministerio de Salud de la Nación.

Exclusiones:

- ídem anteriores

#### F. NEUROCIRUGÍA ESTEREOTÁXICA

Inclusiones:

- Práctica modulada específica, cuando no fuere posible realizar o estuviere contraindicada la cirugía convencional.

Exclusiones:

- ídem anteriores

#### G. RADIONEUROCIRUGÍA

Inclusiones:

Práctica modulada específica por tratamiento completo. El número de aplicaciones y dosis que fuere necesaria, incluyendo el retratamiento de recidivas dentro de los 6 meses de realizado. Procedimiento reconocible cuando no fuere posible realizar o estuviere contraindicado el tratamiento quirúrgico o radioterápico (Telecobalto o Acelerador Lineal de partículas) convencional. El valor de referencia será establecido por la DNPM. Excedentes a cargo de la Jurisdicción.

Exclusiones:

- ídem anteriores

#### H. EMBOLIZACIÓN SELECTIVA DE VASOS INTRACRANEANOS CON APLICACIÓN DE COILS, PARTÍCULAS O PRODUCTOS TROMBOS ANTES, POR MÓDULO COMPLETO

Inclusiones:

• Práctica modulada específica por el procedimiento de Neurointervencionismo endovascular, embolización de coils, partículas o productos trombosantes, en aneurismas o malformaciones arteriovenosas del SNC cuando no fuere posible realizar o estuviere contraindicado tratamientos convencionales. Por procedimiento modulado completo, independiente del número de sesiones requeridas. El valor de referencia será establecido por la DNPM. Excedentes a cargo de la Jurisdicción.

Exclusiones:

- ídem anteriores

#### I. INSTRUMENTACIÓN DE COLUMNA (ANTERIOR, POSTERIOR O AMBAS) Se dará cobertura en los siguientes casos:

1. Escoliosis idiopática del niño o adolescente que involucre 6 o más niveles.

Inclusiones:

Reintegro por el material de instrumentación específico de estabilización.

Exclusiones:

- ídem anteriores

#### J. TRATAMIENTO AGUDO DEL GRAN QUEMADO DE MÁS DEL 10% DE LA SUPERFICIE CORPORAL

Inclusiones:

- Práctica modulada específica primeros 30 días de internación.

Exclusiones:

- ídem anteriores

#### K. CARDIODESFIBRILADOR IMPLANTABLE. (NO RESINCRONIZADOR)

Se dará cobertura en los siguientes casos:

1. Síndrome de Brugada

2. Episodios de muerte súbita por arritmia ventricular refractaria a los antiarrítmicos y fracción de eyección VI > del 20%, con EEF que demuestre inducción de arritmia ventricular sostenida con fallo de bomba.

Inclusiones:

- Provisión de cardiodesfibrilador mono y bicamerales, con electrodos epi o endocárdicos.

Exclusiones:

- ídem anteriores

#### L. IMPLANTE COCLEAR

Las normas, requisitos y condiciones para acceder al reintegro de la prótesis se establecen en el Programa para el Otorgamiento de Subsidios por Implante de Prótesis Cocleares creado por la Resolución N° 1276/02 - APE.

Inclusiones:

- Reintegro del gasto correspondiente a la prótesis específica (implante coclear)

Exclusiones:

- ídem anteriores
- Calibración y controles posteriores

#### M. MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS ANTICUERPOS MONOCLONALES -OTRAS NUEVAS DROGAS

Se reconocerá la provisión de los medicamentos detallados a continuación según protocolos de indicación y pautas de seguimiento y control detalladas en la Normativa de Reintegro.

Inclusiones:

- Etanercept
- Infliximab
- Imatinib
- Rituximab
- Abatacept
- Adalimumab
- Bevacizumab
- Cetuximab
- Dasatinib
- Erlotinib
- Sorafenib
- Sunitinib
- Trastuzumab
- Temsirolimus
- Gefitinib
- Lapatinib
- Nilotinib
- Eculizumab
- Tocilizumab
- Tofacitinib
- Certolizumab
- Paricalcitol
- Sevelamer
- Everolimus (indicación oncológica)
- Bortezomib
- Cisteamina (tratamiento de la cistinosis)
- Acetato de icatibant

Exclusiones:

- ídem anteriores

#### N. BOMBA DE BACLOFENO

Se reconocerá a afiliados con certificado de discapacidad en los casos en que la espasticidad:

- Interfiere sobre la funcionalidad imposibilitando llevar a cabo las actividades de la vida diaria o desarrollar actividades laborales o
- provoca dolor intratable o
- interfiere con el sueño
- Con antecedente de falta de respuesta a tratamientos alternativos

Inclusiones:

- Reintegro del gasto correspondiente a la bomba de baclofeno

Exclusiones:

ídem anteriores Gastos por implante de la bomba

#### O. SILLAS DE RUEDAS ESPECIALES

Se reconocerá a afiliados con certificado de discapacidad aquellas sillas de ruedas que presenten las siguientes características presentando las justificaciones por el profesional especialista interviniente, quien además informará las alternativas existentes. Inclusiones:

Sillas tipo A

- Livianas con cuadro de aluminio
- Respaldo fijo a 90° o reclinable
- Ruedas traseras de 40 a 60 cm de diámetro, montadas sobre rulemanes. Llantas macizas o neumáticas.
- Ruedas traseras de 24 de diámetro, montadas sobre rulemanes. Llantas macizas o neumáticas, con comando y freno en ambas.
- Apoya brazos desmontables o rebatibles tipo escritorio.
- Apoya pies desmontables, rebatibles y/o giratorios y graduables en altura con pedanas antideslizantes.
- Tapizada en cuerina lavable reforzada o tela de avión con base de nylon o neoprene
- Apoya cabezas desmontable (opcional)
- Mesa pedagógica o de trabajo (opcional)
- Protectores de rayos en las ruedas y aros de impulso (opcional)
- Plegable en sentido lateral Sillas tipo B
- Modelos conformados o a medida o sistemas posturales
- Cuadro fijo
- Sistema de inclinación TILT o sistema CGB (Centro de Gravedad Balanceado)
- Apoya cabezas con soporte de movimiento universal • Ultralivianos aluminios con aleaciones de titanio u otros
- Eje de ruedas traseras con desacople rápido (quick release)
- Plegado frontal
- Apoya pies con pedana única
- Protectores laterales Sillas de rueda motorizadas Acorde a prescripción médica, se dará cobertura de reintegro hasta la suma de \$ 40.000.

Exclusiones

- Traslado de pacientes y familiares.
- Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención, de pacientes y familiares.
- Diagnóstico de la enfermedad de base y sus intercurencias.
- Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida Exclusiones
- Traslado de pacientes y familiares.
- Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención, de pacientes y familiares.
- Diagnóstico de la enfermedad de base y sus intercurencias.
- Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.

#### P. ENFERMEDADES DE DEPÓSITO POR DÉFICITS ENZIMÁTICOS

Se dará cobertura de reemplazo enzimático a beneficiarios con certificado de discapacidad en los siguientes casos:

- MUCOPOLISACARIDOSIS I Terapia de reemplazo enzimático.
- MUCOPOLISACARIDOSIS II Terapia de reemplazo enzimático.
- MUCOPOLISACARIDOSIS Tipo VI Terapia de reemplazo enzimático.
- ENFERMEDAD DE POMPE Terapia de reemplazo enzimático.
- ENFERMEDAD DE GAUCHER Terapia de reemplazo enzimático.
- ENFERMEDAD DE FABRY Terapia de reemplazo enzimático.

Exclusiones:

- Traslado de pacientes y familiares.
- Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención, de pacientes y familiares.
- Diagnóstico de la enfermedad de base y sus intercurencias.
- Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.

#### Q. MODULO PARA PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS COMPLEJOS

Se reconocerá a afiliados con discapacidad que requieran prestaciones odontológicas bajo anestesia general.

Inclusiones

Se reconocerá un valor modulado por honorarios de anestesia, honorarios odontológicos y gastos sanatoriales según protocolos de indicación y pautas detalladas en la Normativa de Reintegro.

Exclusiones:

- Traslado de pacientes y familiares.
- Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención, de pacientes y familiares.
- Diagnóstico de la enfermedad de base y sus intercurencias.
- Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.

#### R. NEUROESTIMULADOR VAGAL IMPLANTABLE

Inclusiones

- Epilepsia refractaria a tratamiento farmacológico y no plausible de tratamiento quirúrgico resectivo.
- Recarga o cambio de batería.

Exclusiones

- Traslado de pacientes y familiares.
- Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención, de pacientes y familiares.
- Diagnóstico de la enfermedad de base y sus intercurencias.
- Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.

#### S. PROCEDIMIENTOS NEUROQUIRÚRGICAS PARA TRATAMIENTO DE DOLOR CRÓNICO REFRACTARIO A TRATAMIENTOS CONVENCIONALES

Inclusiones

- Colocación de sistema totalmente implantable para la infusión intratecal de fármacos
- Lesión/ colocación de electrodos cerebrales profundos mediante técnica estereotáctica y microregistro intraoperatorio e implante de generador.

Exclusiones

- Traslado de pacientes y familiares.
- Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención, de pacientes y familiares.
- Diagnóstico de la enfermedad de base y sus intercurencias.
- Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.

#### T. PROCEDIMIENTOS NEUROQUIRÚRGICOS PARA TRATAMIENTO DE MOVIMIENTOS ANORMALES Y ESPASTICIDAD RESISTENTES A TRATAMIENTO MÉDICOS

- Colocación de sistema totalmente implantable para la infusión intratecal de fármacos.
- Lesión/ colocación de electrodos cerebrales profundos mediante técnica estereotáctica y microregistro intraoperatorio e implante de generador.

#### Exclusiones

- Traslado de pacientes y familiares.
- Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención, de pacientes y familiares.
- Diagnóstico de la enfermedad de base y sus interurrencias.
- Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.

#### U. ENDOPROTESIS AÓRTICA IMPLANTABLE

##### Inclusiones

- Colocación de endoprótesis aórtica en situaciones de contraindicación de cirugía cardiovascular convencional. Exclusiones
- Traslado de pacientes y familiares.
- Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención, de pacientes y familiares.
- Diagnóstico de la enfermedad de base y sus interurrencias.
- Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.

#### V. MODULO PARATIROIDECTOMIA

##### Inclusiones

- Hiperparatiroidismo secundario a Insuficiencia Renal Crónica Terminal.

#### W. TERAPIA RADIANTE

##### Inclusiones

- Telecobaltoterapia Acelerador Lineal 2D
- Radioterapia tridimensional 3D
- Radioterapia estereotáxica
- Braquiterapia de alta tasa
- Radiocirugía estereotáxica
- Radioterapia de intensidad modulada (IMRT)

#### X. HEMOFILIA

Tratamiento farmacológico.

---

\*\*\* Esta normativa fue impresa desde el Digesto Catamarca - <https://digesto.catamarca.gob.ar> - 19-04-2026 22:07:40

#### **Ministerio de Planificación y Modernización**

Secretaría de Modernización del Estado | Dirección Provincial de Sistemas y Simplificación Administrativa