RNOS / RNEMP: 700801 **PERÍODO:** 2025

NOMBRE DE LA ENTIDAD:

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL MUNICIPAL DE LA MATANZA

CARTILLA PRESTACIONAL

ANEXO I

Este anexo determina la cobertura básica en: Atención Primaria de la Salud; Atención Secundaria; Internación; Salud mental; Rehabilitación; Odontología; Medicamentos; Otras coberturas.

COBERTURA OBLIGATORIA (PMO)

1. ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Se brinda una cobertura integral, es decir un abordaje biopsicosocial de los problemas de salud. Se asegura un mecanismo integrado de atención en los distintos niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria. Se provee de cuidados continuos a los beneficiarios, privilegiando su atención a partir de un médico de familia que sea el responsable de sus cuidados, y donde los beneficiarios referidos tengan el derecho a conocer el nombre de su médico, así como los de los demás proveedores de servicios, quienes están obligados a conocer y acompañar en forma integral a los pacientes en el cuidado de su salud, en su recuperación y en su rehabilitación.

1.1. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA

1.1.1. PLAN MATERNO-INFANTIL

Este programa comprende a las embarazadas y a los niños hasta los tres (3) años de edad.

Comprende:

Cobertura del 100% de la atención integral del embarazo, parto y del recién nacido hasta los tres (3) años, de conformidad con lo previsto en la Ley Nº 27.611. Cobertura del 100% en medicamentos inherentes al estado de embarazo, parto y puerperio para la madre y del recién nacido para medicamentos 40% ambulatorios no relacionados de modo directo con el embarazo y posterior nacimiento del niño. Cobertura del 100% en medicamentos para el niño hasta los tres (3) años de vida.

a) Atención del embarazo

En embarazos normales se realizará un control mensual hasta la semana 35, quincenal de la 35 a la 38 y semana desde la 38 hasta el parto. En embarazos de riesgo, se deberán contemplar controles sin restricciones, con la cobertura de los estudios que cada patología requiera.

b) Atención del recién nacido hasta los tres (3) años de vida

La atención del recién nacido hasta cumplir tres (3) años debe tener una cobertura al 100% tanto en internación como en ambulatorio. Toda esta atención debe quedar exceptuada del pago de todo tipo de coseguros. Se cubrirán consultas de seguimiento y control, inmunizaciones del período, cobertura del 100% de la medicación requerida para los tres (3) primeros años de vida, siempre que ésta figure en el listado de

medicamentos esenciales.

Prestaciones incluidas en la Ley Nº 26.279 con cobertura al 100%: fenilcetonuria, hipotiroidismo neonatal, fibrosis quística, galactosemia, hiperplasia suprarrenal congénita, deficiencia de biotinasa, retinopatía del prematuro, chagas y sífilis.

A fin de estimular la lactancia materna, no se cubrirán las leches maternizadas, salvo expresa indicación médica, con evaluación de la auditoría médica. Se dará cobertura deleches medicamentosas, según Ley 27.305.

Se dará cobertura a las prestaciones contempladas en la ley 25.415, Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia.

1.1.2. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Este programa se orienta a mujeres desde los 18 años y sin límite de edad superior.

Tiene como objetivo principal contribuir a la reducción de la incidencia y mortalidad por esta enfermedad.

Deberá garantizarse la consulta ginecológica anual y el acceso oportuno con cobertura del 100% a las prácticas de pesquisa temprana/métodos de screening. La Superintendencia de Servicios de Salud publicará las actualizaciones que, basadas en la evidencia científica, deberán ser incorporadas en la presentación anual de la Cartilla Prestacional.

1.1.3. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

Este programa se orienta a mujeres desde los 35 años y sin límite de edad superior.Para mujeres con riesgo aumentado, se intensificará el control a edades más tempranas.

Se propone reducir la morbilidad y la mortalidad relacionadas con esta enfermedad, conla misión de promover y asegurar la calidad y equidad del cuidado de las mujeres de riesgo, con sospecha o confirmación de cáncer de mama.

El diagnóstico precoz del cáncer de mama es el instrumento más importante en el pronóstico de la enfermedad y la supervivencia de la paciente.

Deberá garantizarse la consulta ginecológica anual y el acceso oportuno con cobertura del 100% a las prácticas de pesquisa temprana/métodos de screening. La Superintendencia de Servicios de Salud publicará las actualizaciones que, basadas en la evidencia científica, deberán ser incorporadas en la presentación anual de la Cartilla Prestacional.

1.1.4. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE COLON

Este programa se orienta a pacientes mayores de 50 años o aquellos confactores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecerlo.

El diagnóstico precoz en cáncer de colon modifica los desenlaces de mortalidad, morbilidad y calidad de vida de los pacientes.

Deberá garantizarse los controles periódicos a través de rastreos con estrategia de sangre oculta en

materia fecal y/o colonoscopía. La Superintendencia de Servicios de Salud publicará las actualizaciones que, basadas en la evidencia científica, deberán serincorporadas en la presentación anual de la Cartilla Prestacional.

1.1.5. PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

Este programa se orienta a la totalidad de la población beneficiaria, en especial aembarazadas y menores de 18 años.

Toda práctica incluida en el programa tendrá una cobertura del 100% a cargo de la Obra Social.

a) Acciones:

- Desarrollar una campaña por medio de trípticos o cualquier otro tipo de información en beneficio de la salud bucal.
    - Examen del niño sano para la detección de caries.
    - Topicaciones con flúor y enseñanza del cepillado dental.
    - Orientación nutricional con el objeto de racionalizar el consumo de productos causantes de caries.

1.1.6. PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

Este programa se orienta a la población sexualmente activa, independientementede la edad.

b) Objetivos

- Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia
- Disminuir la morbimortalidad materno-infantil
- Prevenir embarazos no deseados
- Promover la salud sexual de los adolescentes
- Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genital y mamarias;
- Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable

- Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

c) Cobertura

- A demanda de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, se podrán prescribir y suministrar

- los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados por la ANMAT
- Cobertura al 100% de ligadura de trompas y vasectomía, según lo establece la Ley 26.130.
- Cobertura de Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE), de acuerdo con lo establecido por la Resolución N° 232/07 del Ministerio de Salud de la Nación.
- Cobertura al 100% de implante subdérmico, sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel (SIU/DIU-LNG), Dispositivo Intrauterino (DIU-Cu), su colocación y extracción, como métodos anticonceptivos, de conformidad con la Ley 25.673 y la Resolución 2922/2019-MSyDS.

2. ATENCIÓN SECUNDARIA

Todas las especialidades de cobertura obligatoria

2.1. ESPECIALIDADES

Anatomía Patológica	Anestesiología
Cardiología	Cirugía cardiovascular
Cirugía de cabeza y cuello	Cirugía general
Cirugía infantil	Cirugía plástica reparadora
Cirugía de tórax	Clínica médica
Diagnóstico por imágenes: Radiología, tomografía computada, resonancia magnética y ecografía.	Endocrinología
Infectología	Fisiatría (medicina física y rehabilitación)
Gastroenterología	Geriatría
Ginecología	Dermatología
Hemoterapia	Medicina familiar y general
Medicina nuclear: diagnóstico y tratamiento	Nefrología
Neonatología	Neumonología
Neurología	Nutrición
Obstetricia	Hematología
Oftalmología	Oncología
Ortopedia y traumatología	Otorrinolaringología
Pediatría	Psiquiatría
Reumatología	Terapia intensiva
Urología	

- Se asegura la consulta en consultorio e internación.
- Se asegura la consulta de urgencia y emergencia en domicilio.
- En los mayores de 65 años que no puedan movilizarse, se asegura la consulta programada en domicilio con un coseguro, según lo previsto por la Resolución N° 58/2017del Ministerio de Salud de la Nación o la norma que la sustituya.
- En todo otro grupo etario donde el paciente esté imposibilitado de desplazarse, quedará a discreción de la auditoría del Agente del Seguro la provisión de atención programada en domicilio
- Se incorpora la modalidad de consultas remotas mediante el uso de plataformas deteleasistencia y/o teleconsultas, siempre que se asegure la misma calidad de atención médica integral, según lo dispuesto por la Resolución N° 282/2020 del Ministerio de Salud de la Nación.

2.2. PRÁCTICAS Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS AMBULATORIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS.

- Se dará cobertura a todas las prácticas diagnósticas y terapéuticas detalladas en elAnexo II del Plan Médico Obligatorio (Resolución MSAL 201/2002 PMO), considerando el material descartable y los medios de contraste como parte de la prestación que se realiza.
- Se incorpora la emisión de órdenes para prácticas y estudios a través de mensajes de texto o de aplicaciones de mensajería vía web, mail, de acuerdo con lo dispuestopor la Ley 27.553 y Resolución 282/2020 del Ministerio de Salud de la Nación.

3. INTERNACIÓN

Se asegura el 100% de la cobertura en la internación en cualquiera de sus modalidades (**institucional, hospital de día o domiciliaria).** Todas las prestaciones yprácticas que se detallan en el Anexo II de la Resolución N° 201/2002 MSAL, se encuentran incluidas dentro de la cobertura.

Comprende la internación clínico-quirúrgica general y especializada, programada y deurgencia, de baja, mediana y alta complejidad y cirugía ambulatoria.

Solo se cubrirá internación en geriátricos a los beneficiarios comprendidos en la ley 24.901, según corresponda, previa autorización médica de auditoria.
Cuando por razones de urgencia el beneficiario no pudiere acceder a los centros enunciados en la cartilla, se reconocerá el 100% de gastos cuando las internaciones se produzcan en Organismos Oficiales (Hospitales o Unidades Sanitarias Nacionales, Provinciales o Municipales), siempre y cuando sea notificada por medio de la solicitud de internación que proveen los mismos dentro de las 24 horas de producida, para extender la correspondiente autorización.

4. SALUD MENTAL –ADICCIONES- ALCOHOLISMO

Se dará cobertura según **Ley N° 24.455,** al 100% de los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos.

Los beneficiarios contarán con una atención ambulatoria y de internación tanto para desintoxicación como de internación en comunidades a través de los siguientes servicios: Consulta y Orientación, Hospital de Día, Hospital de Noche, Internación Psiquiátrica para desintoxicación con terapéutica y medicación específica, Internación en “comunidades terapéuticas” autorizadas.

Asimismo, se debe asegurar la cobertura prevista en la Ley N° 26.657 y en el decreto reglamentario Nº 603/2013, sin limitaciones en cuanto al número de sesiones ni los días de internación. Esto incluye las modalidades de entrevista psiquiátrica, psicológica, psicopedagogía, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, psicoterapia de familia y de pareja, psicodiagnóstico.

En la internación se cubrirán patologías agudas en las modalidades institucional u hospital de día.

5. REHABILITACIÓN

Se dará el 100% de cobertura ambulatoria para rehabilitación motriz, psicomotriz,fonoaudiología, readaptación ortopédica y rehabilitación sensorial

- Kinesioterapia: hasta 20 sesiones por beneficiario por año calendario
- Fonoaudiología: hasta 20 sesiones por beneficiario por año calendario
- Estimulación temprana: en los términos que se define en el Anexo II de la Resolución 201/2002 del Ministerio de Salud de la Nación.
- Grandes accidentados y otras patologías graves crónicas: hasta 6 meses, pudiendo serprorrogado este plazo por autorización de la Auditoría Médica de Prestaciones y/o la Coordinación Prestacional mientras se documente un progreso objetivo en la evolución y por plazos no mayores de un mes por vez.

El beneficiario podrá acceder a dichas prácticas en los centros contratados a tal fin, presentando su credencial y D.N.I. y la orden médica con la fecha de la indicación, firma y sello del profesional actuante. Estas prácticas requieren autorización previa. Se reconocerán todas las prácticas kinesiológicas y fonoaudiológicas que se detallan en el Anexo II de la Res. SSS939/00 y 201/2002 MS sin límite de sesiones.
Estarán cubiertos los casos de necesidad de rehabilitación motriz, psicomotriz, readaptación ortopédica y rehabilitación sensorial; hasta 25 sesiones de kinesioterapia por afiliado y por año.
En los casos de rehabilitación para accidentes cerebro vasculares (ACV) la Obra Social del Personal Municipal de La Matanza brindará cobertura hasta seis meses, pudiendo continuar dicha práctica según la evolución del paciente, constatada por Auditoría Médica.
Para grandes accidentados, la obra social brindará seis meses iniciales de tratamiento, pudiendo extender la prestación mientras se documente progreso objetivo en su evolución por Auditoría Médica.
Para los casos de postoperatorio de traumatología se reconocerán treinta días inicialmente. De acuerdo a la evolución del paciente, evaluada por Auditoría Médica, Obra Social del Personal Municipal de La Matanza continuará con la cobertura de la prestación.

6. ODONTOLOGÍA

- ***Consulta. Diagnóstico. Fichado y plan de tratamiento:*** incluye examen, diagnóstico y plan de tratamiento. Se considera como primera consulta y comprende la confección de la ficha odontológica.
- ***Consulta de urgencia***: Se considera consulta de urgencia a toda consulta sin turno previo, que resuelva la demanda espontánea. El beneficiario, una vez resuelta la urgencia, podrá consultar a su odontólogo general para iniciar el tratamiento definitivo de la patología que lo afecte. No se contempla dentro de esa consulta la realización de prácticas no cubiertas, a excepción del cementado de puentes

y coronas que no requieran de restauración protética.

- Cobertura de las prácticas detalladas en Resolución N° 201/2002 del Ministerio de Salud de la Nación.

No están dentro de los tratamientos: ortodoncia, prótesis, perno corona e implantes. En cuanto a las anomalías de forma, posición, relación y función de las estructuras dentomaxilofaciales, no está cubierta al considerarse estética. En los casos que dichas anomalías representan un riesgo para la salud del individuo, la situacion será tratada por la presentacion de una solicitud ante auditoría médica.

7. MEDICAMENTOS

Ley N° 25.649 y Decreto N° 987/2003, de Promoción de la Utilización deMedicamentos por su nombre genérico.

Conforme lo establece el art. 2º de la Resolución Nº 310/2004 del Ministerio de Salud dela Nación, modificatoria de la Resolución Nº 201/2002 MSAL, contemplando:

- Cobertura del 40% de los medicamentos ambulatorios de uso habitual que figuran en el Anexo III
- Cobertura del 70% con auditoría previa para los medicamentos destinados a patologías crónicas prevalentes, conforme el precio de referencia (monto fijo) que se publica en el Anexo IV y para las formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones de cada medicamento, que allí se individualizan (7.1), a fin de propiciar el cumplimiento de los tratamientos evitando las complicaciones propias del abandono de los tratamientos referidos. Constituye una medida sanitaria que mejora la accesibilidad económica de los beneficiarios y que también evita los gastos generados por el incumplimiento terapéutico.

Actualización mensual Ministerio de Salud de la Nación - Seguimiento de Precios https://www.argentina.gob.ar/salud/seguimiento-precios/2022

Resolución 27/2022 Ministerio de Salud de la Nación

Los medicamentos utilizados durante la internación tienen cobertura del 100%.

Cobertura del 100%

- Eritropoyetina destinada al tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica.
- Dapsona, destinada al tratamiento de lepra en cualquiera de sus formas clínicas.

- Medicamentos de uso oncológico según recomendaciones o protocolos que aprobara la autoridad de aplicación.
- Inmunoglobulina antihepatitis B según recomendaciones de uso del Anexo III de la Resolución N° 310/04 MSAL.
- Cobertura de la piridostigmina (comp.60mg.) destinado al tratamiento de la Miastenia Gravis de acuerdo con la Resolución N° 791/99 MSyAS.
- Cobertura del 100% de los medicamentos de uso anticonceptivo incluidos en los Anexos III y IV de la Resolución 310/04 y que se encuentran explícitamente comprendidos en la norma de aplicación emergente de la Ley 25.673 de Salud Sexualy Procreación Responsable. Cobertura del 100% de:
- Anticonceptivos intrauterinos, dispositivos de cobre. Condones con o sin espermicidas, diafragmas y espermicidas, comprendidos en el Programa de Salud sexual y Procreación Responsable.
- Cobertura del 100% de la medicación de soporte clínico de la quimioterapia destinadaa la prevención y tratamiento de los vómitos inducidos por los agentes antineoplásicos según los protocolos oncológicos aprobados por la autoridad de aplicación.
- Cobertura del 100% de la medicación analgésica destinada al manejo del dolor de pacientes oncológicos aprobados por la autoridad de aplicación.
- Cobertura al 100% de los medicamentos destinados a los pacientes comprendidos enleyes de protección de grupos vulnerables.
- Cobertura de medicamentos de alternativa terapéutica, según las recomendaciones de uso establecidas en el Anexo V (7.1).
- En el caso de consultas remotas a través de plataformas de teleconsulta, se autorizala prescripción de medicamentos en recetas por vía de mensajes de texto o de aplicaciones de mensajería vía web, mail. Ley 27.553, Resolución N° 281/2020 MSALy N° 696/2020 MSAL.

Análogos de la gonadotrofina: Leuprolida Acetato (también conocido como Leuprolideacetato o Acetato de leuprolida), Triptorelina y Triptorelina pamoato, para tratamiento de la Pubertad Precoz Central, de

conformidad con la Resolución N° 3437/2021-MS.

Para el acceso de los medicamentos se deberá presentar en la farmacia la siguiente documentación:

1) Receta médica:
a. Nombre y apellido del afiliado, Nº de afiliado y nombre de obra social
b. Medicamentos prescriptos por su nombre genérico y cantidades en números y letras.
c. Fecha de prescripción de la receta.
d. Firma y sello aclaratorio del profesional, con nº de matrícula y aclaración, aún si estuvieran pre impresos.

Leyenda: tratamiento prolongado o sus abreviaturas, si correspondiera, indicarse el tamaño y contenido de cada producto, ya que de omitirse se expenderá el de menor tamaño y contenido existente.

2) Por receta se admiten: para tratamiento normal, hasta 3 (tres) especialidades medicinales por receta hasta 1 (un)

8. OTRAS COBERTURAS

8.1. CUIDADOS PALIATIVOS

El cuidado paliativo es la asistencia activa y total de los pacientes por un equipo multidisciplinario, cuando la expectativa de vida del paciente no supera el lapso de 6 meses, por no responder al tratamiento curativo que le fue impuesto. Los objetivos aquíserán aliviar el dolor, los síntomas y el abordaje psicosocial del paciente. La cobertura estará dada en función del marco general que marca el PMO, brindando las prestacionesque se mencionan en los Anexos II y III con un 100% de cobertura.

Los cuidados Paliativos Incluyen pacientes con enfermedades oncológicas, neurológicas evolutivas o degenerativas, renales, crónicos, SIDA, enfermedades metabólicas y genéticas, buscando la desintitucionalización en todos aquellos casos que reúnan criterios de inclusión en un Programa de Cuidados Paliativos Domiciliarios, racionalizando la utilización de recursos de la Obra Social y valorando el domicilio como lugar idóneo para la atención de estos pacientes.
En caso contrario se brindará atención en centros donde prevalezcan el cuidado, confort y la contención del paciente y su familia ante el dolor y otros síntomas angustiantes que pueda padecer el paciente.

8.2. HEMODIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL CONTÍNUA AMBULATORIA

La cobertura será del 100%. Constituye requisito indispensable la inscripción de los pacientes en el INCUCAI dentro de los primeros 30 días de iniciado el tratamiento. La auditoría Médica establecerá la modalidad a ser cubierta según la necesidad individual de cada beneficiario.

Tendrá cobertura de Eritropoyetina al 100%.

Tendrá cobertura de Eritropoyetina al 100 % en caso de requerirlo, y de traslado hacia y desde el lugar de diálisis cuando la Auditoría Médica considere que no pueda realizarlo por sus propios medios.
En caso de Diálisis Peritoneal continua ambulatoria la Obra Social brindará su cobertura total, previa evaluación médica del paciente y las condiciones preestablecidas en la Resolución N° 528/96 MS y AS, Art. 2° anexo I.

8.3. OTOAMPLÍFONOS - AUDÍFONOS

Se asegura la cobertura de otoamplífonos al 100% en niños de hasta 15 años, a fin de garantizar un adecuado nivel de audición que les permita sostener una educación que maximice las potencialidades personales de cada beneficiario.

La renovación se hara a solicitud medica. El monto máximo a erogar será el de la menor cotización emplaza.

8.4. COBERTURA EN ÓPTICA

Se asegura la cobertura de anteojos con lentes estándar, en un 100% a niños de hasta15 años, salvo cambio de graduación.

La renovación se hara a solicitud medica. El monto máximo a erogar será el de la menor cotización en plaza.

8.5. PRÓTESIS Y ÓRTESIS

La cobertura será del 100% en prótesis e implantes de colocación interna permanente ydel 50% en ortesis y prótesis externas.

Las indicaciones médicas se efectuarán por nombre genérico, sin aceptar sugerencias de marcas, proveedor u especificaciones técnicas que orienten la prescripción encubiertade determinado producto. Sólo se admitirán prótesis importadas cuando no exista similarnacional.

Prótesis biogénicas o bioeléctricas, según Resolución 1561/12 M. de S. de la Nación y Resolución 1048/14 SSSalud. La Obra Social cubrirá el menor precio de la cotización en plaza. Las indicaciones médicas deberán efectuarse por nombre genérico. La Obra Social proveerá prótesis nacionales. Se admitirán prótesis importadas cuando no exista similar nacional con un porcentaje de cobertura a determinar por la Obra Social.

8.6. TRASLADOS

Se da cobertura al 100% a aquellos afiliados que no puedan trasladarse desde, hasta o entre establecimientos de salud y cuyo traslado sea necesario para el diagnóstico y/o tratamiento de su

patología.

La Auditoría Médica podrá autorizar otros traslados de acuerdo con la necesidad de los beneficiarios.

Tendrán acceso los afiliados que no puedan trasladarse por sus propios medios, desde, hasta o entre establecimientos de salud, con o sin internación y que sea necesario para el diagnóstico o tratamiento de su patología. La elección del medio de traslado y las características del móvil quedarán supeditadas al estado clínico del paciente documentado por indicación médica. Para el caso de pacientes ambulatorios, la Obra Social del Personal Municipal de La Matanza reconocerá el traslado de aquellos que no se encuentren en condiciones de deambular y que cuenten con la correspondiente solicitud médica que lo justifique.

9. COBERTURA ESPECÍFICA

9.1. DISCAPACIDAD

Se garantiza el acceso integral a la cobertura establecida en la Ley Nº 24.901 y su Decreto reglamentario, en el marco del Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con discapacidad según lo establecido por resolución N° 428/99 MSAL y normas complementarias.

Prestaciones preventivas: las que deben darse a la madre y al niño desde la concepción para su mejor desarrollo físico-psíquico y social. Incluye la estimulación y otros tratamientos, así como el apoyo psicológico del grupo familiar.

Prestaciones de rehabilitación: las que buscan la adquisición o recuperación de aptitudes para que una persona con discapacidad pueda lograr su integración social. Incluye la rehabilitación de capacidades motoras, sensoriales, mentales y viscerales, sean de origen congénito o adquirido.

Prestaciones terapéuticas educativas: las que buscan la restauración de conductas desajustadas, autonomía e independencia, por medio de técnicas terapéuticas, pedagógicas y recreativas.

Prestaciones educativas: están incluidas la escolaridad, apoyos para ir a la escuela común, la capacitación laboral, talleres de formación laboral y otros.

9.2. VIH – HEPATITIS VIRALES- OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL - ITS Y TUBERCULOSIS –TBC- Ley N° 27.675 y DCTO-2022-805-APN-PTE

Respuesta integral e intersectorial basada en atención primaria de la salud –APS-, garantizando la prevención, diagnóstico, tratamiento, cura, asistencia interdisciplinaria y reducción de riesgos y daños.

Comprende cuidados paliativos y rehabilitación de estas patologías, incluyendo las asociadas, derivadas y concomitantes, así como los efectos adversos derivados.

Se debe garantizar el acceso universal y gratuito a la salud siguiendo las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica específicas del Ministerio de Salud.
La asistencia es integral, universal, gratuita a las personas expuestas o afectadas por el VIH, las hepatitis virales, otras ITS y la TBC
Cobertura del 100%

9.3. OBESIDAD

Se dará cobertura, según Ley Nº 26.396 RESOL-2022-1420-APN-MS

a. COBERTURA DE PERSONAS ADULTAS CON ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) IGUAL O MAYOR A TREINTA (30)

9.3.1. COBERTURA AMBULATORIA

a) Consultas en el primer nivel de atención.

b) Consultas con licenciado/a en nutrición y/o médico/a especialista en nutrición.

c) Interconsulta con médico/a con experticia en obesidad.

d) Consultas con psicólogo/a y/o psiquiatra.

e) Consultas con equipo interdisciplinario (licenciado/a en nutrición y/o médico/a especialista en nutrición, médico/a con experticia en obesidad y psicólogo/a y/o psiquiatra).

9.3.2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Estarán cubiertos con el SETENTA POR CIENTO (70%) de descuento:

- ORLISTAT Inhibidor de la absorción de grasas

9.3.3. TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS

9.3.3.1. Podrán acceder al tratamiento quirúrgico las personas que cumplan los siguientes criterios de inclusión:

9.3.3.1.1. Edad de DIECIOCHO (18) a SETENTA (70) añosÍndice de Masa Corporal mayor de CUARENTA (40) kg/m2 (con o sin comorbilidades) o mayor a TREINTA Y CINCO (35) kg/m2 con al menos una de las siguientes comorbilidades (Los IMC considerados corresponden a los previos al descenso de la preparación preoperatoria):
Diabetes Mellitus Tipo 2•
Hipertensión arterial•
Apnea/Hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS)•
Enfermedad articular con gran limitación funcional•

9.3.3.1.2. Riesgo quirúrgico aceptable, es decir tener controladas las comorbilidades antes de la cirugía según escala ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Scale).

9.3.3.1.3. Haber intentado otros métodos no quirúrgicos para control de la obesidad bajo supervisión médica,por lo menos por DOCE (12) meses, sin éxito o con éxito inicial, pero volviendo a recuperar el peso perdido, estableciéndose como tratamiento a

contactos de al menos UNA (1) vez por mes con equipo interdisciplinario o consultas individuales con médico/a o licenciado/a en nutrición más psicoterapia, en forma ininterrumpida.

9.3.3.1.4. Consentimiento informado. Aceptación y deseo del procedimiento, siendo esta una decisión informada y consensuada con el equipo tratante, con compromiso de los requerimientos del mismo evaluado por el equipo multidisciplinario, valorándose expectativas y evaluando las posibilidades de efectuar el correcto seguimiento.

9.3.3.1.5. Estabilidad psicológica.

9.3.3.1.6. Toda la información recabada en los criterios de inclusión debe ser volcada en un resumen de historia clínica que avale la aptitud para efectuar la cirugía y que especifique la falta de criterios de exclusión. Este resumen debe ser suscripto por:

a) Cirujano/a capacitado/a en cirugía bariátrica.

b) Médico/a que realiza el tratamiento integral con experiencia y capacitación en obesidad,

c) Licenciado/a en nutrición y/o médico/a nutricionista

d) Especialista en Salud Mental (Psicólogo/a y/o médico/a psiquiatra)

9.3.3.2. En el caso de tener alguna comorbilidad endocrina o psiquiátrica, el especialista de dichas áreas debe firmar junto al equipo antes citado el pedido de cirugía, confirmando la estabilidad del paciente.

9.3.3.2.1. Procedimientos Quirúrgicos con cobertura:

a) Manga Gástrica o Gastrectomía en Manga.

b) Bypass Gástrico, en sus dos modalidades: “Clásico en Y de Roux” y “1(una) Anastomosis BAGUA”.

9.3.4. COBERTURA DEL SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO POST-QUIRÚRGICO:

9.3.4.1. Control mensual de seguimiento postoperatorio durante el primer año con médico/a especialista en nutrición y/o licenciado/a en nutrición.

9.3.4.2. Control mensual de seguimiento postoperatorio durante el primer año con médico/a con formación en obesidad.

9.3.4.3. Control mensual de seguimiento postoperatorio durante el primer año con psicologo/a y/o psiquiatría.

9.3.4.4. Control mensual de seguimiento postoperatorio durante el primer año con cirujana/o o

equipo quirúrgico. O bien

9.3.4.5. Control mensual de seguimiento postoperatorio durante el primer año con equipo interdisciplinario.

Se brinda un tratamiento integral para los afiliados con esta patología y según lo establecido por nuestra Legislación vigente

9.4. CELIAQUÍA

Se dará cobertura, según **Ley Nº 26.588** y su modificatoria **Ley Nº 27.196** y Decreto Reglamentario Nº 218/2023 –PEN.

Se garantiza el acceso a las determinaciones incluidas en la Resolución N° 1408/2017 MSAL a fin de acreditar la condición de paciente celíaco mediante la “constancia médica de Enfermedad Celiaca”.

Según lo indicado en el artículo 9, se garantiza una cobertura dineraria equivalente al 27,5% del valor de la Canasta Básica Alimentaria (CBA) para una persona adulta de entre 30 y 60 años que, según la última actualización del 23 de abril de 2023 corresponde al monto fijo de $7.806,73. Esta suma se actualiza semestralmente.

Se establece la cobertura asistencial a las personas con celiaquía, que comprende la detección, el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento de la misma.

9.5. ENFERMEDADES POCO FRECUENTES – Ley 26.689 - Res. 641/2021 MSAL

Cobertura integral para el cuidado de la salud de las personas con Enfermedades Poco Frecuentes según

Enfermedades poco frecuentes Conforme con la Ley Nro. 26.689, cuando lo determine la autoridad de aplicación, esta Obra Social brindará cobertura a las personas con enfermedades poco frecuentes; definidas como aquellas cuya prevalencia en la población es igual o inferior a una en dos mil (1 en 2000) personas, referida a la situación epidemiológica nacional. La ley busca cuidar la salud y mejorar la calidad de vida de las personas que tienen enfermedades poco frecuentes y de sus familias.

9.6. IDENTIDAD DE GÉNERO

Se dará cobertura, según lo establecido en la **Ley Nº 26.743**, a tratamientos hormonalescomo quirúrgicos de reasignación genital total o parcial y según **Resolución N° 3159/2019-MSyDS a los tratamientos de Hormonización.**

Todas las personas mayores de dieciocho (18) años de edad podrán, conforme al artículo 1° de la ley 26743 y a fin de garantizar el goce de su salud integral, acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercibida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa.

9.7. DIABETES MELLITUS

Se dará cobertura, según **Ley Nº 26.914 y RESOL-2022-2820-APN-MS** cuyo Anexo I prevé la cobertura al 100% en medicamentos y reactivos de autocontrol para pacientes diabéticos (cualquier tipo), como así también en cantidades necesarias, según lo prescriba su médico. Cobertura del 100% en insulina, jeringas y agujas; tiras reactivas e hipoglucemiantes orales. Para pacientes diabéticos insulinodependientes lábiles participantes en programas específicos de prevención secundaria se seguirán los lineamientos del tratamientointensificado, según la resolución vigente.

En su Anexo II se establece el nuevo Certificado que estará vigente mientras el paciente sea crónico y el Anexo III establece la creación de Programa de Educación Diabetológica para el Automanejo (EDAM).

Se llevaran a cabo campañas de prevención y concientizacion de la enfermedad entre los afiliados y sus familiares, teniendo la posibilidad de acceder a Programas Preventivos.

9.8. REPRODUCCIÓN MÉDICAMENTE ASISTIDA

Se dará cobertura, según **Ley Nº 26.862 y decreto reglamentario 956/2013.**

Tiene por objeto garantizar el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico- asistenciales de reproducción médicamente asistida.

Se entiende por reproducción médicamente asistida a los procedimientos y técnicas realizados con

asistencia médica para la consecución de un embarazo. Quedan comprendidas las técnicas de baja y alta complejidad que incluyan o no la donación de gametos y/o embriones.

Podrán incluirse nuevos procedimientos y técnicas desarrollados mediante avances técnico- científicos, cuando sean autorizados por la autoridad de aplicación.

Se brinda al 100% la cobertura integral interdisciplinaria del abordaje, el diagnóstico, losmedicamentos y las terapias de apoyo y los procedimientos y las técnicas que la Organización Mundial de la Salud define como de reproducción médicamente asistida.

La Obra Social garantizar el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida.
Podrán incluirse nuevos procedimientos y técnicas desarrollados mediante avances técnico-científicos, cuando sean autorizados por la autoridad de aplicación.

9.9. CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS

Se dará cobertura, según **Ley Nº 26.872**, a las cirugías reconstructivas como consecuencia de una mastectomía por patología mamaria, así como la provisión de las prótesis necesarias.

Esta Obra social proveerá las prótesis del menor valor de mercado para el caso de cirugías reconstructivas por patología mamaria, quedando excluidas la colocación de prótesis mamarias de carácter estético.

9.10. ABORDAJE INTEGRAL E INTERDISCIPLINARIO DE LAS PERSONAS QUE PRESENTAN TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

Se dará cobertura según **Ley Nº 27.043.**

La obra social cubre los estudios de detección, el diagnóstico y el tratamiento del trastorno del espectro autista.
Si bien no existe una cura para el trastorno del espectro autista, los tratamientos ayudan a desarrollar las habilidades afectadas. Los tratamientos de estimulación temprana son terapias específicas para mejorar el habla, el movimiento y la interacción social.

9.11. PACIENTES OSTOMIZADOS

Se dará cobertura total de los dispositivos y elementos accesorios para las personas ostomizadas según lo establece la **Ley Nº 27.071**.

Se establece la cobertura del total de los dispositivos de todas los los afiliados otomizados, incluyendo como mínimo las prestaciones que determine la autoridad de aplicación.
Esta Obra Social dispone de un equipo interdisciplinario que garantiza la salud física del paciente para su total rehabilitación y reinserción en la vida social.

9.12. ABORDAJE INTEGRAL E INTERDISCIPLINARIO DE LOS SUJETOS QUE PRESENTAN DIFICULTADES ESPECÍFICAS DEL APRENDIZAJE

Se dará cobertura según **Ley Nº 27.306.**

Esta Obra Social tiene como objetivo prioritario garantizar el derecho a la educación de los niños, niñas, adolescentes y adultos que presentan Dificultades Específicas del Aprendizaje (DEA).
Se entiende por Dificultades Específicas del Aprendizaje (DEA) a las alteraciones de base neurobiológica, que afectan a los procesos cognitivos relacionados con el lenguaje, la lectura, la escritura y/o el cálculo matemático, con implicaciones significativas, leves, moderadas o graves en el ámbito escolar.

9.13. LECHES MEDICAMENTOSAS

Se dará cobertura, según **Ley Nº 27.305**, que establece la obligatoriedad de la coberturaintegral de leche medicamentosa para consumo de quienes padecen alergia a la proteínade la leche vacuna (APLV), así como también de aquellos que padecen desórdenes, enfermedades o trastornos gastrointestinales y enfermedades metabólicas, las que quedan incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), sin límite de edad para estacobertura. Requiere prescripción médica que justifique la indicación.

Esta Obra Social brindar a sus afiliados la cobertura integral de leche medicamentosa para consumo de quienes padecen alergia a la proteina de la leche vacuna (aplv), asi como tambien de aquellos que padecen desordenes, enfermedades o trastornos gastrointestinales y enfermedades metabolicas.

9.14. PROTECCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS TRASPLANTADAS (LEYES N° 26.928 y 27.447)

Garantizar a las personas trasplantadas y las que se encuentren en lista de espera la cobertura del ciento por ciento (100%) en la provisión de medicamentos, estudios diagnósticos y prácticas de atención de su estado de salud de todas aquellas patologíasque estén, directa o indirectamente, relacionadas con el trasplante.

Se brinda protección integral para las personas que hayan recibido un trasplante inscriptos en el Registro Nacional de Procuración y Trasplante o se encuentren en lista de espera para trasplantes del Sistema Nacional de Procuración y Trasplante de la República Argentina (SINTRA) y con residencia permanente en el país.

9.15. FIBROSIS QUÍSTICA

Según la Ley 27.552 y la Resolución 2894/2019 MSAL, se dará cobertura al 100 % de los medicamentos y productos médicos destinados al tratamiento de la Fibrosis Quística incorporada al apartado 7.3 del Anexo I de la Resolución Nº 201/02 MSAL.

El Programa Médico Obligatorio debe cumplir con el Programa de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades (VIGIA) en el ámbito de la Seguridad Social (según ordena el Decreto 865/2000), a fin de garantizar la salud de la población en especial en emergencias sociales en donde hay que adoptar todas las medidas necesarias para queel número de personas vulnerables a enfermedades transmisibles y no transmisibles noaumente.

Cobertura total del cien por ciento (100%) de las prestaciones que sean indicadas por los médicos profesionales y que necesiten las personas con fibrosis quística de páncreas o mucoviscidosis, debiendo otorgar cobertura integral de medicamentos, suplementos dietarios y nutricionales, equipos médicos, kit de tratamientos, terapias de rehabilitación y todas las prestaciones que sean indicadas por los profesionales médicos". La Disposición 2/2022 especifica la canasta de medicamentos.

La Fibrosis Quistica esta cubierta por esta Obra Social, según lo establecido por la normativa vigente. Por tratarse de una discapacidad visceral que no tiene cura, contará con una protección integral no solo a nivel diagnóstico sino también en cuanto al tratamiento médico desde el nacimiento.

9.16. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE/ILE)

En el marco de la Ley 27.610, se dará cobertura integral y oportuna a las personas gestantes a fin de acceder a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto.

Art. 4º- Interrupción voluntaria del embarazo. Las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo hasta la semana catorce (14), inclusive, del proceso gestacional

Art. 5º- Derechos en la atención de la salud. Toda persona gestante tiene derecho a acceder a la interrupción de su embarazo en los servicios del sistema de saludo con su asistencia, en un plazo máximo de diez (10) días corridos desde su requerimiento y en las condiciones que se establecen en la presente ley y en lasleyes 26.485, 26.529 y concordantes.

Información disponible en la página web institucional y https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/acceso-la-interrupcion-del-embarazo-ive-ile

Esta Obra Social, conforme lo normado por la Ley 27610. Tendrá incluida dentro de sus prestaciones la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE-ILE). Dicha cobertura incluirá la información necesaria sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, los alcances y las consecuencias de la práctica, la realización de estudios médicos necesarios, la realización de la practica con procedimiento ambulatorio para embarazos de hasta 14 semanas o con internación para embarazos de más de 15 semanas, los cuidados posteriores necesarios y la elección de la anticoncepción posterior al evento obstétrico (AIPE).
La cobertura será del 100%

9.17. Ley N° 27.611 de 1.000 días

Art. 16: La ley garantiza 100% de cobertura de “todas las prestaciones alcanzadas por el ‘Modelo de Atención y Cuidado Integral’ que fije la Autoridad de Aplicación.

Art. 20° del Anexo I: Todo fármaco designado como medicamento esencial dentro del listado de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, destinado a embarazo, parto, posparto y durante los primeros TRES (3) años de vida de toda persona, quedando asimismo incluido todo aquel que sea incorporado como medicamento esencial por parte de la Autoridad de Aplicación, a efectos de la ley que se reglamenta por el presente.

Se garantiza la provisión de toda leche fortificada y/o de otras fórmulas alimentarias requeridas por niños o niñas que no acceden a la lactancia por razones justificadas y cuenten con prescripción del médico o de la médica o equipo de salud en los términos en que fije la Autoridad de Aplicación, así como los alimentos para el crecimiento y desarrollo saludable en el embarazo y la niñez, en el marco de los programas disponibles al efecto.

Se otorga además cobertura de todas las vacunas incluidas en el Calendario de Vacunación que sean obligatorias para las personas gestantes y niños y niñas de hasta tres años de edad.

Se garantiza la atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia. Se busca proteger, fortalecer y acompañar el cuidado integral de la vida y la salud de las personas gestantes y las niñas y los niños en sus primeros 3 años.

Se establecen prácticas de prevención y protección promoviendo una mirada integral de este curso de la vida, entendiendo las muy diversas realidades en que las familias cuidan y crían a sus hijas e hijos y cómo las comunidades acompañan en esos cuidados.

9.18. LEY N° 27.674 DE RÉGIMEN DE PROTECCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE CON CÁNCER- Decreto 68/2023

Se brinda al niño, niña y adolescente con cáncer una cobertura del ciento por ciento (100%) en las prestaciones previstas en la presente ley, para las prácticas de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica y todas aquellas tecnologías que pudieran estar directa o indirectamente relacionadas con el diagnóstico oncológico según lo establecido en el decreto reglamentario y normas complementarias.

La prestación a los afiliados se brinda conforme lo estable la normativa vigente. Las acciones están orientadas a fortalecer el diagnóstico oportuno, el abordaje integral del paciente y sus familias

9.19. LEY N° 27.675 RESPUESTA INTEGRAL AL VIH, HEPATITIS VIRALES Y OTRAS INFECCIONES - DECRETO 805/2022

Arts. 2 y 3: Cobertura por parte de los sujetos obligados de la respuesta integral e intersectorial al VIH, las hepatitis virales, la TBC y las ITS, entendida como “aquella que basada en la estrategia de la atención primaria de salud (APS) garantiza la investigación, prevención integral y combinada, diagnóstico, tratamiento, cura, asistencia interdisciplinaria (social, legal, psicológica, médica y farmacológica), y la reducción de riesgos y daños del estigma, la discriminación y la criminalización, incluyendo también los cuidados paliativos y la rehabilitación de conformidad con las recomendaciones establecidas en las Guías de Práctica Clínica (GPC) específicas del MINISTERIO DE SALUD en su versión más actualizada.

Esta Obra Social da cumplimiento a la normativa vigente en relación a la Ley 27675, garantizando el acceso y cobertura gratuita de los afiliados comprendidos en la mencionada ley.

9.20. Ley N° 27.696 de Abordaje Integral de Personas Víctimas de Violencia de Género

Art. 1: Se ofrecen todas las terapias médicas, psicológicas, psiquiátricas, farmacológicas, quirúrgicas, y toda otra atención que resulte necesaria para el abordaje integral de personas víctimas de violencia de género.

9.21. OTRAS AMPLIACIONES DE COBERTURA

Las ampliaciones de cobertura serán evaluadas por Auditoria Medica, según cada caso en particular.

10. EXCLUSIONES DE COBERTURA

Los tratamientos, prácticas o cirugías enunciados a continuación no son de cobertura obligatoria, salvo que fueren incluidos en sus cartillas y/o planes por parte de los Agentesdel Seguro de Salud o Entidades de Medicina Prepaga.

- No avalados científicamente
- En etapa experimental.
- Que se opongan a normas legales vigentes
- Que se contrapongan al proceso natural de vida del individuo
- Supuestos atendidos por las ART
- Extras sanatoriales
- Ambulancia aérea
- Podología, cosmiatría, hidroterapia. Terapias o curas de revitalización o rejuvenecimiento, anti-stress
- Medicina alternativa
- Tratamientos y operaciones no reconocidas por Sociedades Científicas y/o Instituciones Oficiales
- Antiseborreicos, bio-organoterápicos capilares, champúes (salvo para pediculosis)
- Tratamientos desensibilizantes de alergias/vacunas que no figuren en el Manual Farmacéutico.

Tambien quedan excluidas:
*Practicas experimentales
* Consultas y/o tratamientos fuera del pais
*Practicas cosmetologicas
*Homeopatia
*Tratamientos termales de rejuvenecimiento, reposo o similares, hidroterapia o celuloterapia

RNOS / RNEMP: 700801 **PERÍODO:** 2025

NOMBRE DE LA ENTIDAD:

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL MUNICIPAL DE LA MATANZA

11. OBSERVACIONES