

BUENOS AIRES, -5 ABR 2010

VISTO el Expediente N° 200-2009-09137-1-0000 y la Disposición N° 2058/GPM-06 y,

CONSIDERANDO:

Que por el Expediente del Visto se tramita la modificación del listado de medicamentos excluidos de todos los módulos de trasplante de órganos. (Anexo Medicamentos de la Disposición N° 2058/DE-2006)

Que el trasplante de órganos es una práctica especial excluida del Menú Prestacional del III Nivel, en la Resolución N° 284/DE/2005, por su baja prevalencia y alto costo y reconocida para situaciones críticas como única opción terapéutica.

Que la Disposición N° 2058/GPM-2006 sentó las bases del Nuevo Modelo Prestacional de trasplantes de órganos que se convalidó por Resolución N° 1101/DE-2007.

Que posteriormente las Disposiciones N° 2411/GPM-2008, 045/GPM-2008 y 3309/GPM-200/8 modificaron los valores del módulo de trasplante renal, que resulta ser el único de los trasplantes valorizado hasta la fecha.

Que una vez realizado este trasplante, se hace necesario suministrar de por vida la medicación inmunosupresora.

Que esta medicación si bien preserva la viabilidad del órgano trasplantado, favorece la aparición de complicaciones, en especial infecciones, algunas de las cuales solo se manifiestan ligadas al estado de inmunosupresión.

Que existen nuevas alternativas terapéuticas destinadas a disminuir el número y la gravedad de las complicaciones en pacientes trasplantados.

Que dichos medicamentos, de muy alto costo, pueden ser requeridos para su utilización programada y/o urgente.

Que la Cámara de Trasplantes ha solicitado modificar el listado de medicamentos excluidos de los módulos de trasplante (Disposición N° 2058/DE/2006).

Que el Sector Renal Crónico y Trasplantes y la Subgerencia de Programas y Prestaciones Especiales han analizado la propuesta propiciando la incorporación de algunos medicamentos, manteniendo el circuito administrativo, a través del cual son provistos por el Centro de Trasplantes y facturados el Instituto a valor Kairos menos el 40%.

Que aquellos medicamentos propuestos por la Cámara Argentina de Trasplantes cuya inclusión no haya sido aprobada, deberán respetar el circuito de autorización previa.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
I.N.S.S.J.P.
GERENTE DE PRESTACIONES MEDICAS

Dr. JAIME ANTONIO DE LA PARRA
Gerente de Prestaciones Médicas
I.N.S.S.J.P.

*Instituto Nacional de Servicios Sociales
para Jubilados y Pensionados*

Por ello y en uso de las facultades conferidas por las Resoluciones N° 738/DE/04 y 005/DE/08,

EL GERENTE DE PRESTACIONES MÉDICAS .

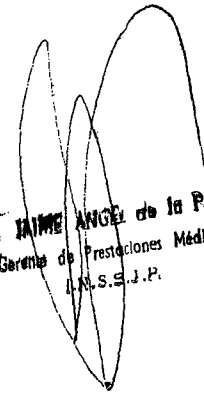
DISPONE:

ARTICULO 1º.- Apruébáse a partir del 1º de noviembre de 2009, la modificación del listado de medicamentos excluidos de todos los módulos de trasplantes de órganos, salvo trasplante de intestino, que como Anexo Medicamentos forma parte de la Disposición N° 2058/GPM-06, y que como Anexo I pasa a integrar la presente, los mismos deberán ser provistos por los Centros de Trasplante y facturados al Instituto a valor Kairos menos el 40 % (cuarenta por ciento).

ARTÍCULO 2º.- Los medicamentos que no hayan sido incluidos en la modificación del Anexo I, aprobado en el Artículo precedente, deberán ser previamente autorizados por las Áreas Técnicas de Nivel Central.

ARTÍCULO 3º.- Regístrese, comuníquese, envíese copia a Dirección Ejecutiva, Subdirección Ejecutiva, Coordinación Ejecutiva, Sindicatura General, Unidad de Auditoría Prestacional, Unidad de Auditoría Interna, Gerencia de Coordinación de Unidades de Gestión Local, Subgerencia de Programas y Prestaciones Especiales, Subgerencia de Prestaciones Médicas, publíquese en el Boletín de Instituto y en la página WEB. Cumplido Archívese .

DISPOSICION N° 1032


Dr. JAIME ÁNGEL de la PARRA
Gerente de Prestaciones Médicas
I.N.S.S.J.P.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
I.N.S.S.J.P.
GERENCIA DE PRESTACIONES MEDICAS

ANEXO I

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS DE TODOS LOS MÓDULOS DE TRASPLANTE
(SALVO EN TRASPLANTE DE INTESTINO)

Abarca todos los productos relacionados con las siguientes drogas:

ANFOTERICINA LIPOSOMAL B

ANTICUERPOS MONOCLONALES (SIMULECT – ZENAPAX – OKT3 – ETC)

ANTICUERPOS POLICLONALES: TIPO LINFOGLOBULINA O TIMOGLOBULINA

ANTIVIRALES ENDOVENOSOS (CYTOVENE O CYMEVENE – VALGANCICLOVIR (incluido oral) – ACYCLOVIR – GANCICLOVIR)

CASPOFUNGINA

VORICONAZOL inyectable u oral

CARBAPENEMS (IMIPENEM – IMIPENEM CILASTATINA – MEROPENEM – ERTAPENEM)

COMPLEJO PROTOMBÍNICO HUMANO

FACTORES ANTIHEMOFÍLICOS (II – VII – VIII – VIII+FACTOR VON VILLEBRAND – IX – X)

FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (NEUPOGEN, FILGASTRIM)

FACTORES ESTIMULANTES DE LA ERITROPOYESIS (metoxipolietilenglicol epoetina beta)

FACTORES DE COAGULACIÓN HEMOSTÁTICOS TIPO PROTOMPLEX O SIMILARES

INMUNOGLOBULINA HUMANA ENDOVENOSA (IVIG)

INMUNOGLOBULINAS ESPECIFICAS E INESPECIFICAS

INMUNOGLOBULINA ESPECIFICA ANTI HEPATITIS B

INTERFERONES INYECTABLES

LINEZOLID inyectable u oral

TIGECICLINA

MEDICAMENTOS QUE HAYA QUE IMPORTAR ESPECIALMENTE A TRAVES DEL ANMAT, PARA SER UTILIZADO EN ESE PACIENTE EN PARTICULAR

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

I.N.S.S.J.P.

SECRETARIA DE PRESTACIONES MEDICAS