



Numero de boletin: 27693

Fecha: 09/01/2012

INDICE:

Sección Legislación y Normativa Provincial

26417---DECRETO 610 / 2012 DECRETO SINTETIZADO / 2011-12-05
26420---DECRETO 726 / 2012 DECRETO SINTETIZADO / 2011-12-14
26412---DECRETO 738 / 2012 DECRETO SINTETIZADO / 2011-12-15
26421---DECRETO 739 / 2012 DECRETO SINTETIZADO / 2011-12-15
26422---DECRETO 740 / 2012 DECRETO SINTETIZADO / 2011-12-15
26423---DECRETO 747 / 2012 DECRETO SINTETIZADO / 2011-12-15
26415---DECRETO 749 / 2012 DECRETO SINTETIZADO / 2011-12-15
26414---DECRETO 750 / 2012 DECRETO SINTETIZADO / 2011-12-15
26419---DECRETO 751 / 2012 DECRETO SINTETIZADO / 2011-12-15
26424---DECRETO 752 / 2012 DECRETO SINTETIZADO / 2011-12-15
26413---DECRETO 772 / 2012 DECRETO SINTETIZADO / 2011-12-16
26418---DECRETO 773 / 2012 DECRETO SINTETIZADO / 2011-12-16
26426---DECRETO 775 / 2012 DECRETO SINTETIZADO / 2011-12-16
26425---DECRETO 777 / 2012 DECRETO SINTETIZADO / 2011-12-15
26416---DECRETO 870 / 2012 DECRETO / 2011-12-23
26427---DECRETO 935 / 2012 DECRETO / 2011-12-29
26411---RESOLUCIONES 3 / 2012 DGR / 2012-01-04

Sección Avisos

163116---JUICIOS VARIOS / CASTRO MATIAS JOSE S/ CANCELACION (ESPECIAL)
163167---JUICIOS VARIOS / FERES FORTUNATA DEL VALLE S/ PRESCRIPCIÓN ADQ
163172---JUICIOS VARIOS / PROVINCIA DE TUCUMAN -DGR- CI FORTACHO S.AC.I.F.I.A SI EJECIJCION FISCAL
163147---LICITACION (PRIVADA/PUBLICA) / IPV Y DU. EXPEDIENTE N° 11715/440-2011 LIC. PUBLICA N° 08/2011
163174---SOCIEDADES / AGRO LAJITAS S.A.
163176---SOCIEDADES / CTRO DE JUB. Y PENS. NAC. DE TRANCAS
163177---SOCIEDADES / MORA MAYO S.R.L.

DECRETO 935 / 2012 DECRETO / 2011-12-29

DECRETO N° 935/21-MSP del 29/12/2011. Expte. N° 4872/400-I-11. ---

Visto: el Plan Complementario de las prestaciones que brinda la obra social Subsidio de Salud, que fuera instituido a través de los Decretos N° 3.336/21-2004-MSP y N° 964/21-2005-MSP, y

Considerando:

Que conforme se expusiera al fundamentar la creación del mismo, dicho Plan está dirigido a los afiliados de la Obra Social Provincial Subsidio de Salud o miembros de su grupo familiar que padecen determinadas patologías de gravedad, que para su tratamiento y/o para realizar los estudios complementarios de diagnóstico deben afrontar costos elevados que lo colocan en un estado de indefensión extrema y de quebranto económico y que además, en muchos casos, la atención de estas dolencias se debe realizar fuera de la Provincia.

Que habiendo transcurrido un lapso temporal considerable desde la implementación de las prestaciones complementarias, se han evaluado sus resultados, advirtiendo la necesidad de incorporar en su menú prácticas de diagnóstico y tratamiento que han surgido a consecuencia del desarrollo de nuevas tecnologías en el área de hemodinamia y cirugías cardiovasculares, trasplantes, tratamientos oncológicos y otros y procedimientos de alta complejidad.

Que idéntica razón evidencia igualmente la necesidad de modificar los importes topes a

reconocer por las prótesis ortopédicas y traumatológicas.

Que el Decreto N° 3.336/21-MSP del 1° de Octubre de 2004 establecía en su Artículo 2° que "El Plan Complementario implementado por el Artículo 1° del presente Instrumento Legal, tendrá un costo de \$11,00 (Pesos Once), el que será abonado por el Afiliado Titular mediante el sistema de descuento de sus haberes, que comprende a todo el grupo familiar".

Que desde la emisión del referido Decreto hasta la fecha del presente instrumento, el valor de \$11,00 (Pesos Once), originariamente establecido, se mantuvo inalterable, sin tener en cuenta los aumentos producidos en los costos de insumos, de tecnologías, de prestaciones médico-sanatoriales Y de medicamentos, ni tampoco los incrementos salariales percibidos por el sector estatal al que pertenece la masa de afiliados al Subsidio de Salud, todo lo cual amerita la modificación del importe establecido oportunamente a fin de garantizar la adecuada cobertura de las prácticas incluidas en el Plan vigente, así como la de las nuevas prestaciones que habrán de incorporarse a partir de la emisión de este cuerpo normativo y mantener el equilibrio financiero del Instituto de Previsión y Seguridad Social de Tucumán.

Que como resultado de la revisión realizada y en base a los estudios efectuados sobre

incrementos en los costos precedentemente descriptos y en los salarios estatales, procede establecer el valor mensual por grupo familiar en concepto de Plan Complementario en la suma de \$25.00 (Pesos Veinticinco) y \$25.00 (Pesos Veinticinco) por cada adherente.

Por ello, y atento al Dictamen Fiscal N° 3116 de fecha 27/12/11 emitido por
Fiscalía de
Estado y que glosa a fs. 36,

El Gobernador de la Provincia
Decreta:

Artículo 1°.- Modifícase el Plan Complementario instituido por Decretos N°
3.336/21-2004-MSP y N° 964/21-2005-MSP, el que quedará integrado por las
prestaciones que se incluyen en Anexo Único que pasa a formar parte del presente
instrumento y que deja sin efecto, a partir de su entrada en vigencia, el Anexo
Único que formaba parte del mencionado Decreto N° 3336/21-2004-MSP.-

Artículo 2°.- Fíjase el valor mensual del Plan Complementario en la suma de
\$25.00 (Pesos Veinticinco) por grupo familiar y \$25.00 (Pesos Veinticinco) por
cada adherente.

Artículo 3°.- Déjase establecido que la implementación del Plan Complementario
con las modificaciones que aquí se introducen será reglamentada por las
Autoridades del Instituto de Previsión y Seguridad Social de Tucumán.-

Artículo 4°.- El Instituto de Previsión y Seguridad Social de Tucumán elimina la
financiación de coseguros para las prácticas incluidas en el Anexo Único que
integra este acto dispositivo, así como para las que en uso de las facultades que
se mencionan en el artículo que sigue, se incorporen en el futuro.

Artículo 5°.- Por el presente Decreto se delegan facultades a las Autoridades del
Instituto de Previsión y Seguridad Social de Tucumán para efectuar
justificadamente las modificaciones que se estimen necesarias, incluida la
determinación de la cuota mensual a abonar por los afiliados, para asegurar el
adecuado funcionamiento del Plan Complementario, conforme su factibilidad
financiera.

Artículo 6°.- El presente Decreto será refrendado por el señor Ministro de Salud
pública.

Artículo 7°.- Dése al Registro Oficial de Leyes y Decretos, comuníquese y
archívese.-

Fdo. C.P.N. José Jorge Alperovich, Gobernador de Tucumán. Dr. Pablo Raul Yedlin,
Ministro de Salud Pública.

Anexo Único

Prácticas Hemodinámicas - Cardiológicas - Vasculares:

Cobertura 100% del valor de los módulos establecido por la obra social.

1. Cirugías centrales con o sin Bomba.
2. Cirugía Central Valvular.
3. Estudios Hemodinámicos Diagnósticos

4. Colocación de Marcapasos: VVI por única vez, VVI R por única vez, DDD x única vez, DDD R.

5. Colocación de Desfibrilador Implantable: 100% Cobertura en los siguientes casos con amplio consenso y evidencia de buena calidad:

- Prevención secundaria: Pacientes que presenten lo siguiente en ausencia de una causa

tratable: a) Paro cardíaco debido a taquicardia ventricular o fibrilación ventricular. b) Taquicardia ventricular (TV) espontánea y sostenida que provoca síncope o compromiso hemodinámico significativo. c) TV sostenida sin síncope o paro cardíaco, asociada a una reducción de la fracción de eyección (<35%) en pacientes cuya clase funcional no sea peor que III de la clasificación funcional de insuficiencia cardíaca de la New York Heart Association.

- Prevención primaria: a) Pacientes con historia de infarto agudo de miocardio que a su vez tienen todo lo siguiente: TV no sostenida en el holter más Taquicardia Ventricular en estudio electrofisiológico sumado a mala función ventricular izquierda y clase funcional I, II o III de la clasificación funcional de insuficiencia cardíaca de la New York Heart Association. b) Condiciones familiares cardíacas con un alto riesgo de muerte súbita, incluyendo a los síndromes de QT prolongado, la cardiomiopatía hipertrófica, el síndrome de Brugada, la displasia ventricular derecha arritmogénica, y luego de la reparación de la tetralogía de Fallot.

- Recambio de generador del Cardiodesfibrilador: cobertura del 50%

6. Angioplastias Coronaria con y sin Stent (máximo dos):

- incluye Stent liberador de fármacos (rapamicina - paclitaxel): Indicaciones: a)

pacientes con lesión de novo, larga (> 20 mm) o en vaso coronario mayor (no ramas) o de menos de 3 mm de diámetro. b) pacientes diabéticos. c) re-estenosis intra-stent proliferativa y/o oclusión total. d) pacientes con al menos dos criterios de los anteriores y siempre que el paciente se encuentre sintomático o con tests evocadores de isquemia positivos. La condición angiográfica per se, no es razón suficiente. e) pacientes no fumadores, o que no se encuentren bajo terapia antitabáquica.

- Todo otro tipo de stents, como el de dexametasona, y otros nuevos en el mercado, se encuentran contraindicados, dado que no se puede asegurar su eficacia, efectividad y seguridad. Bajo ningún concepto el operador podrá optar por una u otra marca comercial, habida cuenta que no se han hallado diferencias clínicamente significativas entre estos dos grupos de stents.

- El operador deberá estar certificado por el Colegio Argentino de Cardiólogos Intervencionistas o entidad académica equivalente en la especialidad.

- Incluye tratamiento post-quirúrgico antitrombótico por 1 año.
- La cobertura es del 100% para el primer dispositivo y 50% para el segundo colocados en el mismo procedimiento quirúrgico.

7. Estudio Electrofisiológico.
8. Ablación por radiofrecuencia (por única vez).
9. Arteriografías selectivas de todos los sectores vasculares, renales, espláncnicos, abdominales y torácicos.
10. Angioplastias periféricas.
11. Stent vascular periférico (máximo dos).

Neurocirugías:

Grupo A: Craneoplastias (excepto base de cráneo y órbita), Desplaquetamientos, Fracturas/Hundimientos, Tumores Cefálicos de partes blandas, Tumores de Calota Craneana, Derivaciones Ventriculares convencionales, Retoque de Derivaciones, Cirugías sobre Nervios Periféricos: Túnel Carpiano, Transposición del Cubital, Neurotomías Periféricas, Cirugías sobre Ciático-Poplíteos, Neurolisis por cualquier medio, Tracción Cefálica, Compás o Aro Tractor.

Grupo B: Tumores Óseos de la Base, Órbita y Senos Paranasales, Tumores Orbitarios por vía Extracraneana, Descompresiva de Órbita, Derivaciones Internas de L.C.R. (ventriculo-arterial o peritoneal), Fístulas de L.C.R. por vía intracraneana o transepto-esfenoidal, Hematomas Subdurales Crónicos e Higromas Subdurales, Laminectomía Descompresiva, Discectomía Lumbar, Colecciones Extradurales de Raquis, Tumores Extradurales de Raquis, Anastomosis de Nervios Periféricos con o sin injerto.

Grupo C: Lobectomías, Hematomas Extra y Subdurales Agudos, Hematomas Intracerebrales, Colecciones Infratentoriales, Abscesos Cerebrales, Tumores Primitivos o Secundarios del Encéfalo, Descompresivas Neurovasculares, Anastomosis Vasculares Intra y Extracraneanas, Anastomosis de Nervios Craneales, Patología de la Charnela, Discectomía Cervical por vía anterior, Discectomía Cervical por vía lateral, Colecciones Intradurales del Raquis, Tumores Intradurales Extradurales, Derivaciones Ventriculares complejas o con compromiso infectológico, Tumores de Órbita por vía intracraneana.

Grupo D: Aneurismas Arteriales Encefálicos, Malformaciones Arterio-Venosas Encefálicas, Tumores del Angulo Pontocerebeloso, Tumores Troncales y Peritroncales, Tumores Extra-axiales Supra e Infratentoriales, Tumores Supratentoriales de Línea Media, Tumores Intraventriculares, Tumores de las Regiones Optoquiasmática por vía intracraneana, Tumores de Fosa Posterior, Operaciones Comando Craneofaciales, Tumores o Colecciones Intramedulares, Tumores de la Cola de Caballo, Malformaciones Arteriovenosas Medulares, Corporectomías Vertebrales con o sin fijación, Operaciones sobre Raquis con ortesis o injertos.

Grupo E: Hipófisis por vía trans-septo-esfenoidal.

Transplantes:

- Hepático (Pre y Post Trasplante).
- Cardíaco (Pre y Post Trasplante).
- De Córnea (Uni o Bilateral - exclusivamente por única vez).
- Renal (Pre y Post Trasplante por única vez).
- De Medula Ósea (Pre y Post Trasplante).
- Pulmonar o Cardiopulmonar (Pre y Post Trasplante- por única vez).
- Óseo

1. Por Cotejo según presupuesto de menor valor con la sola excepción del Trasplante Renal.
2. Los Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento Pre y Post-Trasplante tendrán cobertura del 100% cuando se trate de patologías relacionadas con el órgano a trasplantar.
3. Los medicamentos inmunosupresores tendrán cobertura del 100%

Litotricia:

- Módulo I.
- Módulo II.
- Módulo Endourología.

Prótesis: Cadera (una cada tres años) Reemplazo parcial Hasta \$ 2.000, Reemplazo total cementado Hasta \$10.000. Rodilla (una cada cinco años) Hasta \$ 10.000. Columna (en función de cantidad de niveles) monto tope Hasta \$35.000 Por Nivel Hasta \$ 7.000. Pierna Ortopédica Hasta \$9.000. Brazo Ortopédico Hasta \$15.000. Tutor Externo para miembro superior (máximo dos) Hasta \$9.000. Tutor Externo para miembro inferior (máximo dos) Hasta \$9.000. Prótesis Para Osteosíntesis Simple (una cada dos años) Hasta \$3.000. Prótesis Para Osteosíntesis Compleja Hasta \$8.000. Sustituto aseo Hasta \$10.000.

Traslados en Avión Sanitario:

- a) Exclusivamente en casos comprobados de real urgencia,
- b) Cuando el caso de emergencia no tenga resolución en el Área Local,
- c) El traslado deberá realizarse al Servicio de mayor complejidad cuyos precios sean por Cotejo (los de menor valor),
- d) Se excluyen los Traslados de regreso a la Provincia si es que el estado del paciente lo permite,
- e) Se excluye el Traslado en caso de fallecimiento,
- f) Es requisito fundamental la autorización del Médico de Cabecera a través de la Historia Clínica firmada y sellada por el Profesional que realiza la derivación,
- g) La aceptación del Servicio a derivar debe ser procurado por el Médico de Cabecera del Paciente o en su defecto por la Institución Sanatorial Pública o Privada que realice la derivación.

Servicio de Emergencias y Urgencias Médicas

Incluye:

- Atención médica
- Medicamentos.
- Materiales Descartables.
- Traslados de Emergencia o Urgencia.

Tratamientos Oncológicos:

- Módulo de Acelerador Lineal Código 35.02.04,

Incluye:

- . Todas las consultas durante el tratamiento,
- . Todas las aplicaciones que sean necesarias según la patología,
- . Planificación del tratamiento,
- . Dosimetría computarizada,
- . Simulación intermedia,
- . Confección de bloques plomados.

- Módulo de Braquiterapia Código 35.02.05, I

Incluye:

- . Internación,
- . Material radiactivo,
- . Material descartable,
- . Planificación,
- . Dosimetría computarizada,
- . Radiografía de control,
- . Todas las consultas necesarias.

- Telecobaltoterapia Superficial y Profunda: Código 35.01.01 y 35.01.02:

Se facturará por aplicación realizada de acuerdo a la patología.

- Radioterapia con Planificación Tridimensional Conformada: Código 35.02.06:

Se facturará por aplicación realizada de acuerdo a la patología.

Otros Tratamientos y Procedimientos de alta complejidad:

- Cirugía Bariátrica, Hasta \$30.000. Cupo de un Afiliado por mes según exigencias que determine la reglamentación a dictar por la Obra Social.

Incluye:

- Pensión, Derechos Sanatoriales y Medicamentos por 24 horas.
- Honorarios Equipo Quirúrgico (Cirujano; Ayudantes; Monitoreo; Anestesista).
- Suturas Mecánicas y Bisturí Ultrasónico y otro material necesario.
- Honorarios Equipo Multidisciplinario (Nutrición; Salud Mental; Cirugía) por seis meses posteriores a la cirugía.

- En caso de By Pass: 24/48 horas de internación extras.

No Incluye:

- Gastos derivados de potenciales complicaciones, los que serán facturados según aranceles pactados con Sanatorios.

- Cirugía Micro-Vitro-Retinal

Hasta \$10.000.

- Implante Coclear

Un dispositivo: unilateral y por única vez, de acuerdo a disponibilidad y prioridades según normas a dictar por la Obra Social.

Reimplantación de Implante Coclear por fallas comprobadas: cobertura del 50%.

Recambios de generadores y baterías a cargo del afiliado.

Valor tope para cobertura de prótesis de implante coclear hasta U\$S22.900.

Fdo. C.P.N. José Jorge Alperovich, Gobernador de Tucumán. Dr. Pablo Raul Yedlin,
Ministro de Salud Pública.