



**CONSEJO DE ADMINISTRACION I.S.S.U.N.N.E**  
**DISPOSICION C.A N° 005**  
**CORRIENTES, 30 de Mayo de 2023**

**VISTO:**

La Disposición N° 02 del Consejo de Administración del ISSUNNE de fecha 15 de Junio de 2015;

**Y CONSIDERANDO:**

Que el mencionado instrumento legal modifico la reglamentación del Plan Materno Infantil creado en el Año 1980 y actualizado en el año 2005;

Que en la sesión ordinaria realizada el día 25 de Abril, conforme consta en el Acta N° 2, los miembros del Consejo de Administración del ISSUNNE fueron informados de la propuesta de modificación de coberturas y actualización del Plan Materno Infantil.

Que el informe brindado refleja la problemática en que se desenvuelven las actividades propias del control prenatal en el contexto amplio del cuidado integral de la salud de la mujer, señalándose que una estrategia organizacional para modificar ese contexto es la adecuación de normas para la atención de esta etapa de la vida con una mirada a la Regionalización de la Atención Perinatal, asegurando esta un sistema asistencial homogéneo y coordinado, en un área geográfica determinada, con acuerdos de gestión intra e inter-institucionales, conformando un marco ideal para alcanzar sus objetivos de atención de calidad para todas las gestantes y recién nacidos, la utilización apropiada de la tecnología requerida, disponibilidad de personal altamente entrenado; y Costo/efectividad razonable, todo enmarcado en los objetivos que propugna el Plan para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil, de la Mujer y Adolescentes, el cual ordena la tarea de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio;

Esto hace necesario disponer la capacidad y acciones indispensables para asegurar el cuidado de la madre y el recién nacido, contando con una guía (norma) basada en las mejores evidencias que permitirá al personal del ISSUNNE y sus prestadores desarrollar las actividades que mejor contribuyan a alcanzar los resultados esperados.

Que, con esta propuesta, ISSUNNE hace suyo los compromisos asumidos por la comunidad nacional e internacional en favor de la madre y del niño, en tal sentido es su intención aportar desde su competencia al mejoramiento en los niveles de salud de este binomio;

Que el plan materno infantil vigente fue reglamentado en 2015, por lo cual se considera necesario actualizarlo, ampliar algunas coberturas y establecer claros criterios de inclusión al mismo y derogar toda norma anterior vigente en relación al Plan Materno Infantil dicho plan y las prestaciones incluidas a fin de evitar superposición de normas y dar claridad a los afiliados y prestadores acerca del contenido del mismo;

(1)...///



///... (2)

**DISPOSICION C.A N° 005/23**

Conforme los fundamentos y siendo éste el órgano con potestades legislativas en los términos del artículo 3 de la Resolución N° 079/99 CS -Ordenanza de Organización y Funcionamiento del ISSUNNE-;

**EL CONSEJO DE ADMINISTRACION DEL I.S.S.U.N.N.E.  
DISPONE**

**ARTÍCULO 1°: APROBAR** el Plan Materno Infantil que forma parte de la presente disposición como ANEXO 1.

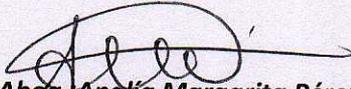
**ARTÍCULO 2°: DEROGAR** toda normativa precedente a la presente disposición relativa a plan Materno Infantil y prestaciones en ella contempladas

**ARTICULO 3°: FACULTAR** a la Dirección del ISSUNNE a dictar los actos administrativos que sean necesarios para implementar el Plan Materno Infantil que se aprueba.

**ARTÍCULO 4°: ESTABLECER** la vigencia de la presente norma a partir de la fecha de su publicación en el Boletín Oficial de la UNNE.

**ARTÍCULO 5°: REGISTRAR Y PUBLICAR.-**

**DISPOSICION N° 005/23 C.A.-**

  
**Abog. Analía Margarita Pérez**  
Secretaria Consejo Administración  
I.S.S.U.N.N.E

  
**Med. Rocío Paola Cardoza**  
Delegada Rectoral  
I.S.S.U.N.N.E



ANEXO A LA DISPOSICIÓN C.A N° 005/23  
CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN I.S.S.U.N.N.E  
PLAN MATERNO INFANTIL

**1. INTRODUCCIÓN.**

En la Argentina, más de 99% de las embarazadas asiste su parto en una institución de salud y son atendidas por personal capacitado. Sin embargo, algo más del 10% de ellas llegan al parto sin haber tenido contacto alguno con el sistema de salud, esto es, sin control prenatal alguno.

De las que se controlan, apenas una cuarta parte (24,3%; Fuente: SIP - 2008), inicia los controles precozmente durante el primer trimestre y menor aún es el número de mujeres en edad fértil que se interesaron en la preparación para emprender el embarazo.

Esta breve descripción refleja la problemática en que se desenvuelven las actividades propias del control prenatal en el contexto amplio del cuidado integral de la salud de la mujer. Una estrategia organizacional para modificar ese contexto es la adecuación de normas para la atención de esta etapa de la vida con una mirada a la Regionalización de la Atención Perinatal. Ésta asegura un sistema asistencial homogéneo y coordinado, en un área geográfica determinada, con acuerdos de gestión intra e inter-institucionales, conformando un marco ideal para alcanzar objetivos tales como:

- Atención de calidad para todas las gestantes y recién nacidos;
- Utilización apropiada de la tecnología requerida;
- Disponibilidad de personal altamente entrenado; y
- Costo/efectividad razonable.

Finalmente, para alcanzar los objetivos del Plan para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil, de la Mujer y Adolescentes, el cual ordena la tarea de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, será necesario disponer la capacidad y acciones indispensables para asegurar el cuidado de la madre y el recién nacido. En este sentido, contar con una guía (norma) basada en las mejores evidencias ayudará al personal a desarrollar las actividades que mejor contribuyan a alcanzar los resultados esperados.

En esta propuesta, ISSUNNE hace suyo los compromisos asumidos por la comunidad nacional e internacional en favor de la madre y del niño, en tal sentido es su intención aportar desde su competencia al mejoramiento en los niveles de salud de este binomio.

**2. OBJETIVOS.**

- Priorizar las acciones de los programas preventivos
- Mejorar la eficiencia y eficacia de la atención materno infantil
- Asegurar el control adecuado y según normas del embarazo, parto, puerperio y del niño sano.



///... (2) ANEXO I DISPOSICION N° 005/23 C.A

- Optimizar las prestaciones materno-infantiles.
- Contribuir a disminuir las tasas de mortalidad materna e infantil.

### **3. POBLACIÓN A CUBRIR**

Se dará cobertura a la afiliada durante el alta del embarazo (a partir del diagnóstico), parto, y hasta el primer mes luego del nacimiento. La atención del recién nacido será hasta el año de edad.

Población estimada /año: 110 embarazadas aproximadamente.

Hay que tener en cuenta que el 25 % de esta población es susceptible de desarrollar un embarazo de alto riesgo, población que merece particular atención en función de los objetivos planteados y para la que se definirá una estrategia especialmente cuidada.

### **4. ESTRATEGIA**

La puerta de entrada al beneficio estará dada tanto por la presentación del carnet perinatal como del certificado de embarazo expedido por el médico obstetra tratante donde conste la fecha de la última menstruación (FUM) y la fecha probable de parto (FPP) más una ecografía o laboratorio (subunidad beta de GCH) que lo acrediten. Cumplido esterequisito se dará el alta a la afiliada al Plan Materno-infantil cargándola en el sistema. Esta tarea será realizada por el Área de Afiliaciones.

A los 30 días de producido el parto, el sistema dará en forma automática la baja de la embarazada del Programa Materno-infantil; Así mismo ISSUNNE, a través del Área de Afiliaciones procederá a cargar al recién nacido con la finalidad de incorporarlo al sistema provisoriamente, contra presentación del Certificado de Nacimiento. Para el Alta definitiva deberá presentar completa, la documentación exigida por la institución.

### **5. COBERTURA:**

100% tanto en internación como en ambulatorio y exceptuada del pago de coseguros.

- Considerar que como toda norma, debe ser flexible y atender a la individualidad de cada caso en particular, siempre atendiendo al objetivo primordial que es asegurar la salud y bienestar del binomio.
- Prácticas, medicamentos y cualquier otra intervención que no esté explícitamente contemplada deberá ser analizada y autorizada acorde al mejor criterio médico y/o medida costo-beneficio-coste-efectividad.

#### **A. Embarazo y Parto:**

-Consulta Médica: 1 por trimestre, hasta el 6° mes; 1 por mes, del 7° al 9° mes y un mes posterior al parto.

-Colposcopia y PAP: en una sola oportunidad (siempre y cuando no tenga realizado uno en los últimos tres meses antes del alta al plan).

-Análisis Clínicos: Hemograma, glucemia, uremia, orina completa, Grupo Sanguíneo y Factor Rh, VDRL, Serología para Chagas, Toxoplasmosis, HIV, y HBsAg. Coombs



///... (3) ANEXO I DISPOSICION N° 005/23 C.A

indirecta en caso de madre RH- y padre RH+. (uso normatizado en embarazadas con antecedentes\* en el **primer Trimestre**). Hemograma, recuento de plaquetas, uremia, uricemia, glucemia, orina completa. Glucemia postprandial (sobrecarga oral 24 y 34 sem). (**Segundo Trimestre**). Orina completa, hemograma, eritrosedimentación, glucemia, VDRL, uricemia, coagulograma. Coombs indirectas en caso de madre RH- y padre RH+ (**Tercer trimestre**).

**\*antecedentes transfusionales, abortos y/o embarazo ectópico**

-Estudios Bacteriológicos: De orina en pacientes con antecedentes de infección urinaria en el primer trimestre; y módulo Bacteriológico x 2 para otras infecciones.

-Módulo estreptococo beta hemolítico: En el tercer trimestre entre la 35 y 37 semanas.

-Ecografías Obstétricas: 3 durante todo el embarazo (una por trimestre), 1 ecografía obstétrica convencional (18.01.04) en el último trimestre, y 1 screening ecográfico (18.01.26) para la detección de patologías fetales en el primer trimestre (10 a 12 sem.) y un scan fetal (180124) en el segundo trimestre 14 a 26 sem.

-Curso de psicoprofilaxis obstétrica y preparación para la lactancia: a partir del 6° mes de embarazo y por el término de 2 meses.

-Monitoreo Fetal: Sólo cuando se justifique y debidamente documentado con Historia Clínica y métodos previos de probada eficacia y costo/eficiencia como el Autocontrol de movimientos fetales y autorizados por Auditoría Médica previamente, a partir de la semana 36 y sólo uno por semana.

-Electrocardiograma y riesgo quirúrgico (en el tercer trimestre).

-Consulta odontológica, topicación de flúor (2)

-Internación: sin complicaciones será de 48 horas para una cesárea y de 24 horas para un parto normal.

-Medicamentos: En ambulatorio con cobertura del 100% únicamente para los enunciados en el listado adjunto (o sea para los medicamentos inherentes al estado de embarazo, parto y puerperio). El resto de los medicamentos tendrán una cobertura habitual ambulatoria, según normativa vigente.

**Listado de medicamentos genéricos con cobertura del 100% para la madre**

DROGA	PRESENTACIÓN
Inmunoglobulina Anti-Rho	*
Vitaminas + Minerales	TODAS
Utero inhibidores	TODAS
Hierro	TODAS
Hierro + Ac. Fólico	TODAS
Hierro Sulfato	TODAS
Hierro Sulfato + Asoc.	TODAS
Vacuna Antitetánica*	TODAS
Gammaglobulina Antitetánica C/Toxoide**	TODAS
Antieméticos	TODAS
Nistatina	TODAS
Antiácidos a base de carbonato de calcio	TODAS



\*En Madre Rh- no sensibilizada dentro de las 72 horas de ocurrido el parto y de preferencia durante la internación, así como en embarazos ectópicos o aquellos que terminen en aborto.

**\*\*Nota:** Las vacunas se concederán sólo en el caso que los centros habilitados por el Ministerio de Salud Pública no dispongan de ellas.

### **B. Infantil**

Deberán cubrirse las consultas de seguimiento y control; inmunizaciones del período; cobertura del 100% de medicación relativa a cualquier patología acaecida durante el primer año de vida; internaciones clínicas y quirúrgicas que fueran necesarias durante el período tal como se especifica a continuación:

-Consultas médicas: Se cubrirán consultas de seguimiento y control hasta el año de vida.

-Consultas odontológicas: 1 en el año.

-Screening Neonatal:(Ley 26.279). Estudios para la detección de hipotiroidismo congénito primario, fenilcetonuria, galactosemia, hiperplasia suprarrenal congénita, deficiencia de biotinidasa y enfermedad fibroquística del páncreas, antes del egreso del recién nacido de la maternidad, preferentemente entre las 48 hs-72hs de vida.

-Pesquisa Auditiva: (Ley 25.415/2001) Otoemisiones Acústicas a todo bebé a partir de las 48 horas de vida y antes de los 3 meses.

-Control Oftalmológico: fondo de ojo al mes y al año de vida

-Ecografía de cadera: tras un examen físico anormal, en pacientes de grupos de riesgo -historia familiar de displasia de cadera congénita, presentación podálica, condiciones neuromusculares- y en el monitoreo de pacientes bajo tratamiento. No se recomienda su realización antes de las 2 semanas, excepto que esta sea inestable clínicamente o se encuentre luxada. Si el examen físico es dudoso o hay factores de riesgo, sería recomendable realizar una ecografía entre las 2 y las 4 semanas de vida, y a las 6 semanas de vida. Es el método de elección en menores de 4 meses, cuando el núcleo de osificación es una estructura cartilaginosa (180125). Son indicaciones relativas oligohidramnios y otras causas de deformación postural dentro del útero, como pie varo, pie talo, pie valgo, tortícolis, y también el hallazgo de alguna pesquisa de patología en recién nacidos.

-Internación: De 24 o 48 horas con control adecuado a todos los recién nacidos. En caso de recién nacidos patológicos se brindará cobertura del 100 % en internación medicamentos y métodos diagnósticos, durante lo que conlleva la internación acompañada de auditoría en terreno.

-Medicamentos: Cobertura del 100% de la medicación requerida para el primer año de vida siempre que ésta figure en el listado de medicamentos esenciales. Resto de medicamentos

*ANEXO I DISPOSICION N° 005/23 C.A (4)...///*



///...**(5) ANEXO I DISPOSICION N° 005/23 C.A**  
según normativa vigente.

Las vacunas que integren el Calendario Obligatorio de Vacunación de la República Argentina se concederán sólo en el caso que el Ministerio de Salud Pública no disponga de ellas.

### **C. Puerperio, Lactancia materna y Alimentación del RN (Leche y sucedáneos)**

A fin de estimular la lactancia materna las leches maternizadas o de otro tipo, serán cubiertas según indicación médica y acorde a normativa vigente del M.S.Pública de la Nación -Resolución N°409/2022.

-**Niño hasta 6 meses de vida:** 3 (tres) unidades de 800 gr. con 100% de cobertura, con pedido médico. La 4 (cuarta) va con 50% a cargo del afiliado y con autorización de auditoría médica.

-**Niño de 6 meses a 1 año e vida:** 2 (dos) unidades de 800 gr con 100% de cobertura, con pedido médico. La 3 (tercera) va con 50% a cargo del afiliado y con autorización de auditoría médica

- **Niño de 1 a 2 años de vida:** 2(dos) unidades de 800 gr con 50% a cargo del afiliado, con pedido médico.

-**Más allá de los 2 años de vida** la cobertura de leches y suplementos alimenticios estará supeditada a razones médicas que la justifiquen (presentación de historia clínica y autorización por auditoría)

**En caso de suplección de la lactancia (suplemento) se reconocerán hasta 5 (cinco) unidades de 800grs o su equivalente de 10 (diez) unidades de 400grs, en el primer semestre de vida.**

Se reconocerá dicho esquema siempre y cuando existan estrictos motivos médicos que lo justifiquen, con presentación de historia clínica y posterior autorización de auditoría médica.

A pesar de la entrega de leche se estimulará la lactancia materna a través de folletos explicativos que contengan conceptos sobre los beneficios de la misma tanto para la madre como para el niño.

**De acreditar lactancia exclusiva (en los primeros 6 meses)**, sin mediar contraindicación, la madre tendrá el beneficio de presentar cobertura del 100% los primeros dos años posterior al parto -y con el objetivo de adecuar el período intergenésico- con la anticoncepción que ella elija, previa consejería

### **6. Algunas particularidades.**

-Módulo Bacteriológico: 2 en todo el embarazo. Sirve para detectar vaginosis y clamidias muy frecuentes en nuestra zona. El momento de su realización es variable y queda a criterio del médico tratante.



///...(6) ANEXO I DISPOSICION N° 005/23 C.A

-Módulo Urológico: Están indicados hasta 2 estudios. El primero durante el primer trimestre, y el segundo entre las semanas 27 y 29 semanas. Si hay antecedentes de infecciones urinarias con urocultivos positivos antes del embarazo puede considerarse el reconocimiento de un urocultivo por trimestre. Si algún cultivo fue positivo durante la gestación con tratamiento completo realizado pueden ser necesarios realizar hasta un cultivo mensual hasta la finalización del embarazo.

-CMV y Rubeola: Un test de IgG positiva en una mujer fuera del embarazo certifica con esa única determinación que es inmune, y por lo tanto no requiere repetir estudios durante la gestación. Por lo tanto durante el embarazo sólo debe pedirse una sola determinación en el primer trimestre y en pacientes sin serología positiva previa.

**Embarazo Normal**

	Primera Ecografía: 18.01.26 Confirma embarazo, Determina edad gestacional y TN, huesos propios de la nariz y distancia IO, ductus y válvula mitral. Screening Vitalidad Embrionaria. Corionicidad y amnionicidad en el caso de ser múltiples.
<b>Segundo Trimestre.</b> <b>(Semana 14 a 26)</b>  <b>Código 18.01.59</b>	Segunda Ecografía: 18.01.24. (Scan). Verifica la translucencia nucal, los huesos propios de la nariz que analizados con los otros parámetros cardíacos posibilitan estimar riesgo de alteraciones cromosómicas. También contempla con eco-doppler del ductus venoso y válvula tricúspide para estimar alteraciones cardíacas congénitas, de las arterias uterinas para valorar riesgo de preeclampsia. La relación de ambos estudios (bioquímicos y ecográficos) da la posibilidad de predecir alteraciones cromosómicas y anomalías congénitas.
<b>Tercer Trimestre</b> <b>(semana 27 a 39) Código</b> <b>18.01.</b>	Tercera Ecografía. Sirve para ver ganancia de peso, presentación, ubicación placentaria, LA. (retrasos de crecimiento)



///...(7) ANEXO I DISPOSICION N° 005/23 C.A

**Embarazo de Alto Riesgo**

Pacientes con hipertensión declarada, preeclampsia, diabetes, trastornos del crecimiento fetal, insuficiencia placentaria, disminución del líquido amniótico, incompatibilidad RH,	
13-20 semanas	Ecodoppler de arterias uterinas: se puede detectar una gestosis (modificación de la capa elástica de las arterias desaparece y las curvas de la arteria desaparecen)
Semana 32	Doppler de la cerebral media y umbilical
Semana 36	Doppler de la cerebral media y umbilical. Como refuerzo de la anterior. Importante: si estas dos dan normales no hace falta repetir más ecodoppler.
Amenaza de parto Prematuro	Siempre y cuando el cuadro sea manejable, las nuevas tendencias están destinadas a que las pacientes no se internen. Se controlan con ecotransvaginales para ver el cuello del útero (valor normal entre 4.5 y 5 cms. Valor de riesgo:- 2.5 cms.) y el tratamiento de elección es la progesterona. Vía Vaginal. El control ecográfico es cada 2 semanas y la conducta es expectante.
Mujeres Rh-	Ecodoppler entre la semana 28 y 30 para detectar la anemia del feto. No deben realizarse más de 2 controles.
Retardo de Crecimiento Intrauterino	Demostrado por disminución de líquido amniótico Ecodoppler desde la semana 28 semanalmente, si el resultado es anormal a partir de la semana 34 una cada 48 horas.
Diabetes	Desde las 28 semanas, una por semana
Colestasis	Desde las 28 semanas, una por semana
Hipertensión	Desde las 28 semanas, una por semana a partir de la semana 34 cada 48 horas.



///...(8) ANEXO I DISPOSICION N° 005/23 C.A

**Actividades para el control del embarazo**

Consultas	Antes de las 20	Entre las 22 y 24	Entre 27 y 29	Entre 33 y 35	Entre 38 y 40
-----------	-----------------	-------------------	---------------	---------------	---------------

	Visita 1				
Prueba de embarazo	X				
Cálculo de Amenorrea	X	X	X	X	X
Historia Clínica y evaluación del riesgo	X	X	X	X	X
Examen clínico completo	X				
Peso corporal	X	X	X	X	X
Talla	X				
Suplemento con Ac. Fólico + Hierro	X	X	X	X	X
Papanicolau y colposcopia	X				
Vaginosis examen de flujo vaginal	X			X	
VDRL	X		X		
HIV	X		X		
Examen odontológico	X				
Medida de la Tensión Arterial	X	X	X	X	X
Medida de la Altura Uterina	X	X	X	X	X
Determinación de HBsAg	X				
Coagulograma Básico				X	
Grupo sanguíneo y factor Rh.	X				
Detectar Chagas	X				
Orina completa	X		X	X	
Cultivo de orina	X		X		
Vacunación antitetánica	X			X	
Detectar Diabetes	X				
Detectar diabetes gestacional			X		
Serología de Toxoplasmosis	X		X		



(muestras pareadas, repetir 28 y 32 según resultados)					
Uremia	X				
Evaluación cardiovascular				X	
Examen mamario y recomendaciones para la lactancia	X	X	X	X	X
Monitoreo fetal					X
Ecografías	X 180126		X180124	X180104	
Detección del Estreptococo Beta Hemolítico				X	

La cantidad de controles (médico y ecográfico) entre las 36-40 podrá ampliarse según justificación del profesional tratante y con previa autorización de auditoría médica.

**\*\*Anexo (Según Ley 27.611 y Resolución N°409/2022 del Ministerio de Salud de la Nación)**

**Alimentación de niños menores de 2 años:** La Ley N° 27.611 establece la necesidad de fortalecer el cuidado integral de la salud y la vida de las mujeres y otras personas gestantes, y de los niños en la primera infancia, en cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado en materia de salud pública, con el fin de reducir la mortalidad, la malnutrición y la desnutrición, proteger y estimular los vínculos tempranos, el desarrollo físico y emocional y la salud de manera integral, y fortalecer la prevención de la violencia.

Dicha ley dispone en su artículo 20 que el Estado nacional deberá implementar la provisión pública y gratuita de insumos fundamentales para las mujeres durante el embarazo y para los niños/as hasta los tres (3) años, en los casos y condiciones que determine la reglamentación, incluyéndose dentro de dicha cobertura: (a) **medicamentos esenciales;** (b) **vacunas;** y (c) **alimentos para el crecimiento y desarrollo.**

**a) Fórmulas alimentarias:** aquellas definidas en el capítulo XVII del Código Alimentario Argentino –aprobado por Ley N° 18.284 (B. O.: 28/07/69), concordantes y modificatorias al mismo- como “Fórmulas para lactantes”, ello es, las necesarias para alcanzar los requerimientos nutricionales que no se cubran con el consumo de alimentos convencionales, teniendo en cuenta tales requerimientos y conforme la correspondiente prescripción médica. Son sucedáneos de la leche materna tendientes a satisfacer las necesidades nutricionales de los lactantes, durante los primeros doce (12) meses de vida.

ANEXO I DISPOSICION N° 005/23 C.A (9)...///



///...(10) ANEXO I DISPOSICION N° 005/23 C.A

**Fórmula alimentaria “de inicio”** para lactantes de hasta seis (6) meses de edad cumplidos, y **“de continuación”** para lactantes de hasta doce (12) meses de edad cumplidos; **en ambos casos para lactantes que no acceden a la lactancia y no presenten patologías asociadas.**

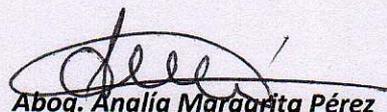
Para las **fórmulas alimentarias** será suficiente la presentación de la prescripción realizada por médico/a especialista en clínica médica, medicina general, medicina de familia y/o pediatría, mientras que para las leches medicamentosas, será necesaria la previa prescripción del médico/a especialista en pediatría, alergia, inmunología, nutrición, y/o gastroenterología.

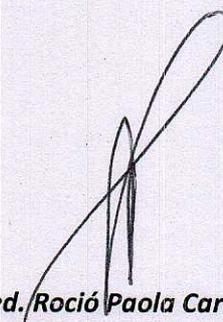
**b) Leches medicamentosas:** para lactantes a partir del nacimiento que no pueden ser alimentados con leche humana ni fórmulas alimentarias por presentar patologías asociadas. Son aquellas destinadas a lactantes que presenten patologías asociadas a limitaciones, deficiencias o alteraciones en la ingesta, digestión, absorción, metabolismo o para excretar determinados nutrientes de la leche materna o los alimentos que le correspondan; o bien, por presentar necesidades nutricionales especiales derivadas de un trastorno, enfermedad o afección cuyo manejo nutricional no pueda efectuarse únicamente modificando la dieta convencional.

Para su cobertura será necesaria la presentación de **historia clínica más prescripción del médico/a especialista** en pediatría, alergia, inmunología, nutrición, y/o gastroenterología y **posterior aprobación y control de seguimiento anual por auditoría médica.**

Cobertura integral de la leche medicamentosa para quienes padecen alergia de las proteínas de la leche de vaca (**Ley Nacional 27.305**), y también para aquellas personas con desórdenes, trastornos o enfermedades gastrointestinales y enfermedades metabólicas, **cobertura del 100%.-**

CONSEJO DE ADMINISTRACION I.S.S.U.N.N.E  
ANEXO I DISPOSICION N° 056/23

  
Abog. Analía Margarita Pérez  
Secretaria Consejo Administración  
I.S.S.U.N.N.E

  
Med. Roció Paola Cardoza  
Delegada Rectoral  
I.S.S.U.N.N.E