



VISTO:

El Expediente 02-2023-10430;

CONSIDERANDO:

Que en la citada actuación administrativa la Auditoria Medica del I.S.S.U.N.N.E ha elevado la propuesta para adecuar la cobertura que actualmente brinda este Instituto en relación a la enfermedad celiaca acorde a lo establecido por la ley N° 26.588 y su decreto Reglamentario;

Que actualmente dicha cobertura se halla contemplada en la Disposición Nro. 1095/2012, debiendo readecuarse la misma en base al Decreto 218/2023 - reglamentario de la Ley de Celiaquía N° 26.588-, que declara de interés nacional la atención médica, la investigación clínica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celíaca, su difusión, acceso a alimentos y medicamentos libres de gluten;

Que la aprobación de la norma que registrarán dichas prestaciones constituirá un instrumento facilitador y organizador de los alcances que la citada ley pretende garantizar como practicas a los afiliados de este Instituto;

Conforme los fundamentos vertidos y en el marco de las facultades concedidas por el 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**

ARTICULO 1°: Implementar el nuevo Plan de Cobertura de enfermedad Celiaca en cumplimiento de lo establecido por la ley N° 26.588 y su decreto Reglamentario y conforme los requisitos y coberturas que se detallan en el Anexo I de la presente.-

ARTICULO 2°: REGISTRAR, COMUNICAR Y CUMPLIDO, ARCHIVAR.-

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

Med. Rocío Paola Cardozo
Delegada Rectoral
I.S.S.U.N.N.E



ANEXO I.

**DISPOSICION N° 11/23. CONSEJO DE ADMINISTRACION I.S.S.U.N.N.E
NORMATIVA PLAN DE COBERTURA DE ENFERMEDAD CELIACA**

I.- REQUISITOS PARA ALTA AL PLAN:

Para el alta al Plan de Celiacía el afiliado deberá

1. Presentar las pruebas de laboratorio más el informe histopatológico de las biopsias intestinales.
2. En caso de niños y adolescentes hasta 15 años de edad se sugiere el diagnóstico serológico + tipificación HLA. Sin necesidad de Biopsia

II. COBERTURA EN ETAPA DE DIAGNOSTICO

Ante situación de sospecha, por síntomas o por ser grupo de población vulnerable (familiares de primer grado) se otorgara una cobertura del:

1. **70%** en los estudios de análisis clínicos y prácticas para diagnóstico y
2. **100%** para las prácticas, consultas médicas y nutricionales, así como de especialistas para el seguimiento.

A. ANÁLISIS CLÍNICOS PARA DIAGNÓSTICO: COBERTURA 70%

- Ac Antiendomiso (EMA) con una especificidad del 99% y sensibilidad variable
- Ac Antitransglutaminasa tisular (tTGA) IgA con una especificidad y sensibilidad del 98%
- IgA total
- **En Pacientes con déficit de IgA en el 2-3% se cubrira**
- Ac Antitransglutaminasa tisular (tTGA) IgG y/o Ac Antigliadina (DGP) Ig
- **En pacientes con dietas libre de gluten sin diagnóstico de EC se realizara estudio**
- HLA para descarte de la enfermedad en caso de no ser portador de los genes DQ2 y DQ8

En todos los casos se acompañaran los siguientes parámetros con igual cobertura (70%)

<u>Hemograma completo</u>	<u>Perfil lipídico (col total, LDL, HDL, triglicéridos)</u>
<u>Glucemia</u>	<u>Ferritina</u>
<u>Eritrosedimentacion</u>	<u>Ac. Fólico</u>
<u>Uremia</u>	<u>Albuminemia</u>
<u>Creatinemia</u>	<u>Vitaminas B12, B6, D y Zinc</u>
<u>Hepatograma (GOT, GPT, FAL)</u>	



DISPOSICION N° 11/23. CONSEJO DE ADMINISTRACION I.S.S.U.N.N.E

B) PRÁCTICAS MÉDICAS PARA EL DIAGNÓSTICO: COBERTURA 70%

- VEDA con una especificidad del 95-100% y sensibilidad de 60%
- Biopsia intestinal: hasta 2 (dos) en bulbo y hasta 4 (cuatro) en duodeno. Total 6 muestras.
- El informe de Histopatología deberá contener la clasificación de Marsh/Marsh modificado (Oberhuber) / Corazza.

II. COBERTURA EN ETAPA DE SEGUIMIENTO

A) Consultas Médicas para seguimiento: Cobertura 100%

B) Consultas sin cargo, una vez al mes y durante 6 meses desde confirmado el diagnóstico de EC con licenciados nutricionistas o médicos nutricionistas. En consultorios propios o externos.

C) Consultas sin cargo, hasta 2 (dos) anuales, con médicos gastroenterólogos, dermatólogos, traumatólogos, relacionadas a la patología.

III. COBERTURA DE PRACTICAS Y TRATAMIENTO

Análisis clínicos para seguimiento: Cobertura 100%, 1 vez al año.

Ac Antitransglutaminasa tisular (tTGA)	Hepatograma (GOT, GPT, FAL)
IgA	Perfil lipídico (col total, LDL, HDL, triglicéridos)
Ac Antigliadina (DGP) IgA/ IgG	Ferritina
IgA total	Ac. Fólico
Hemograma completo	Albuminemia
Glucemia	Vitaminas B12, B6, D y Zinc
Eritrosedimentacion	
Uremia	
Creatinemia	

IV. PRÁCTICAS PARA SEGUIMIENTO: COBERTURA 100%

- Luego de 2 años de iniciado el tratamiento de dieta sin TACC: VEDA con biopsia intestinal.
- Una vez al año: Ecografía Abdominal
- Una vez al año, en menores de 13 años: Radiografía para determinar edad ósea.
- Cada dos años, en mayores de 14 años: Densitometría Ósea.

V. COBERTURA DE LECHE:

A) **Cobertura del 100%** hasta los seis meses de edad, leche especial para celíacos libres de gluten, adquirida en farmacia ISSUNNE con indicación del médico pediatra. Hasta 2 cajas de 800 gr por mes. En caso de solicitar más cantidad, la tercera y cuarta caja de 800 gr tendrán una cobertura del 50%

B) **Cobertura del 50%** después de los 6 meses y hasta el año de edad, con indicación médica, historia clínica y previa autorización por Auditoria Medica. Hasta 4 cajas de 800 gr por mes.



Universidad Nacional del Nordeste

Instituto de Servicios Sociales

DISPOSICION N° 11/23. CONSEJO DE ADMINISTRACION I.S.S.U.N.N.E



VI. COBERTURA ECONÓMICA

Se otorgara un subsidio mensual para la compra de alimentos sin TACC. El valor será regido por la disposición vigente y actualizada.

VII CODIFICACIÓN DE PRACTICAS SUJETAS A ESTA PROPUESTA:

Hemograma completo 660475	Ac Antitransglutaminasa tisular (tTGA) IgA 669622
Glucemia 660412	Ac Antitransglutaminasa tisular (tTGA) IgG 669631
Eritrosedimentacion 660297	Ac Antigliadina (DGP) IgA 665576
Uremia 660902	Ac Antigliadina (DGP) IgG 665583
Creatinemia 660192	Ac Antiendomiso Ig A 664632
Hepatograma (GOT, GPT, FAL)	Ac Antiendomiso Ig G 664640
Ferritina 665230	IgA total 660537
Ac. Fólico 660352	HLA Q2-Q8 666445
Albuminemia 660015	VEDA 205001
Vitamina B12 660938	Anestesia nivel 2 160112
Vitamina B6 669887	Sala de recuperación 160114
Vitamina D 669913	Evaluación pre anestesia 160119
Zinc 660982	Biopsia 150101
Albuminemia 660015	Eco Abdominal
Vitamina B12 660938	Radiografía de mano 340213
Vitamina B6 669887	Densitometría ósea 345001
Consulta médica 420101	
Consulta médica en consultorio 420191	
Consulta pediátrica 420131	


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


Med. Rocío Paola Cardozo
Delegada Rectoral
I.S.S.U.N.N.E