



DISPOSICION N° 0934

CORRIENTES, 15 de noviembre de 2024

VISTO:

La necesidad de adecuar los términos de la Disposición N° 1381 mediante la que se aprobaron los formularios de Solicitud de Cobertura de Medicamentos de Alto Costo (M.A.C.-para uso Oncológico y No Oncológico), para inicio de tratamiento, seguimiento y de cambio de medicación, a las necesidades de actualización identificadas por la auditoría farmacológica para proveer a la prescripción adecuada y racional de medicamentos;

CONSIDERANDO:

Que los medicamentos de alto costo constituyen una erogación importante para el presupuesto del I.S.S.U.N.N.E.

Que, en el marco de una asignación eficiente de los recursos deben actualizarse los criterios y procesos de gestión de las prescripciones de manera de asegurar la sostenibilidad del sistema de salud en una adecuada relación costo-beneficio de los tratamientos y medicamentos requeridos;

Que, también resulta necesario minimizar o impedir prácticas que constituyan o hagan presumir un desvío en los justos fines que debe guiar a la actividad médica orientada exclusivamente en beneficio del paciente;

Que, tal como se ha expresado en los considerandos de la Disposición N° 1381/22 se hace necesario utilizar racionalmente los medicamentos teniendo en cuenta, para ello, la mejor evidencia científica disponible;

Que por Resolución 4912/24 el Ministerio de Salud de la Nación aprobó las pautas rectoras "Guía de Buenas Prácticas para el cumplimiento eficiente de mandas judiciales"

Que estas pautas rectoras constituyen una guía de referencia para asegurar el cumplimiento eficiente de las mandas judiciales relacionadas con la prestación de servicios de salud.

Que las mismas incluyen la Declaración jurada del médico tratante sobre la inexistencia de conflictos de intereses con el proveedor de la tecnología sanitaria prescripta y/o el medicamento indicado.

Que, para realizar una adecuada valoración de la eficacia/ efectividad, seguridad, conveniencia y costo de la solicitud de cobertura de estos medicamentos los auditores del I.S.S.U.N.N.E. necesitan información completa sobre el paciente que incluya el diagnóstico, estado clínico, estudios complementarios realizados, fármacos indicados y objetivos de la terapéutica instituida, así como también alternativas terapéuticas para evaluar la racionalidad de la prescripción, según las mejores evidencias científicas existentes.

Que, para garantizar la valoración experta respecto a la indicación en directa relación a la patología del paciente, es necesario que el médico prescriptor cuente con el título de especialista en la enfermedad de base del paciente para poder prescribir este tipo de medicamentos;

Que, asimismo, siendo que el ISSUNNE arbitra todos los medios para proveer la atención de calidad mediante la firma de convenios con prestadores directos de todas las especialidades y por otro lado, que el reintegro para Medicamentos de Alto Costo es excepcionalísimo y limitado en cuanto a su cobertura, es recomendable que la prescripción sea realizada de manera exclusiva por los prestadores del I.S.S.U.N.N.E.;

Que, consecuentemente resulta necesario adecuar los formularios aprobados por Disposición N° 1381/22 de solicitud de cobertura de medicamentos de alto costo acorde a las necesidades identificadas por la auditoría farmacológica para adecuar la prescripción a los principios de eficacia, eficiencia, seguridad, relación costo- beneficio y ética en el ejercicio de la medicina;



"Año de la defensa de la vida, la libertad y la propiedad"

Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales Servicios Sociales

1994 - 2024
30 años
De la Consagración Constitucional
de la Autonomía y Autarquía
Universitaria en Argentina

DISPOSICION N° 0934
CORRIENTES, 15 de noviembre de 2024

Las atribuciones conferidas al suscripto por el artículo 7° de la Ordenanza sobre Organización y Funcionamiento del Instituto de Servicios Sociales de la Universidad Nacional del Nordeste, Resolución 076/99 C.S.;

Por ello,

LA DELEGADA RECTORAL DEL I.S.S.U.N.N.E.

DISPONE

ARTICULO 1°: APROBAR las modificaciones propuestas a los formularios de Solicitud de Cobertura de Medicamentos de Alto Costo (M.A.C.-para uso Oncológico y No Oncológico).

ARTICULO 2°: DISPONER que en lo sucesivo el médico prescriptor deberá contar con el título de especialista en la enfermedad de base del paciente para poder prescribir este tipo de medicamentos y además, ser médico prestador del I.S.S.U.N.N.E.

ARTICULO 3°: ESTABLECER que el médico prescriptor deberá completar el formulario, que figura como Anexo I de la presente con sus correspondientes requisitos, debiendo adjuntar todos los datos solicitados en los mismos. Seguidamente se aplicará el Circuito Administrativo que como Anexo II se adjunta.-

ARTICULO 4°: ORDENAR que en el caso de los medicamentos de Alto Costo que se utilicen en indicaciones terapéuticas no oncológicas, una vez presentada la documentación por el afiliado, la misma deberá ser enviada a la Cátedra de Farmacología, quien realizará un Asesoramiento Farmacológico, a través de un Informe Técnico Breve sobre el fármaco prescripto. Posteriormente el expediente deberá ser remitido a Auditoría Médica del I.S.S.U.N.N.E.

ARTICULO 6°: PUBLICAR en el boletín oficial de la UNNE, registrar y cumplido, archivar.-



Dra. ROCIO PAOLA CARDOZO
Delegada Rectoral
I.S.S.U.N.N.E.



DISPOSICION N° 0934
CORRIENTES, 15 de noviembre de 2024

Anexo Circuito Administrativo (Dispo. 0934 /2024)

1° Cumplidos con los artículos 2,3 y 4 de la disposición (M.A.C.) de la cual forma parte el presente anexo, el afiliado titular solicitante deberá presentar el formulario correspondiente (ya sea de inicio de solicitud de cobertura, seguimiento o cambio de tratamiento según correspondiere) en mesa de entradas. Posteriormente remitir el expediente a Coordinación de Prestaciones Médicas para la clasificación correspondiente.

2° En caso que la solicitud se relacione con patologías oncológicas, se remitirá el expediente al Auditor Oncológico del I.S.S.U.N.N.E. quién deberá emitir un informe técnico médico detallado de los motivos por los cuales considera necesario autorizar o no la cobertura del tratamiento solicitado.

3° En caso que la solicitud se relacione con patologías no oncológicas, se remitirá el expediente a la Asesoría Farmacológica dependiente de Departamento de Coordinación de Prestaciones Médicas, para que la misma realice un Asesoramiento Farmacológico de la medicación solicitada, a través de un Informe Técnico Breve.

4° Seguidamente el Coordinador de Prestaciones médicas deberá emitir un informe técnico médico detallado de los motivos por los cuales considera pertinente autorizar o no la cobertura del tratamiento solicitado.

5° El Departamento de Coordinación de Prestaciones Médicas deberá realizar el escaneo de expedientes relacionados con los ítems 2° y 3°, a fin de tener el resguardo digital.

6° Cumplidos los ítems 2°, 3°, 4° y 5° (según correspondiere), los auditores del I.S.S.U.N.N.E., remitirán al área de sistemas el trámite de referencia fin de realizar la incorporación a la base de datos del Sistema de Farmacia propia por medio del programa "SOGOS" si correspondiere, el/los tratamientos solicitados.

7° Entregar al área Informática el desarrollo y mantenimiento del sistema de incorporación de datos.

8° Pase al Sector Farmacia y Operación de Farmacia.

9° Concluido el circuito pase al archivo en la Coordinación de Prestaciones Médicas

10° Comuníquese, regístrese y cumplido archívese.

l.g.p.

(1)...



Med. ROCÍO PAOLA CARDOZO
Delegada Rectoral
ISSUNNE

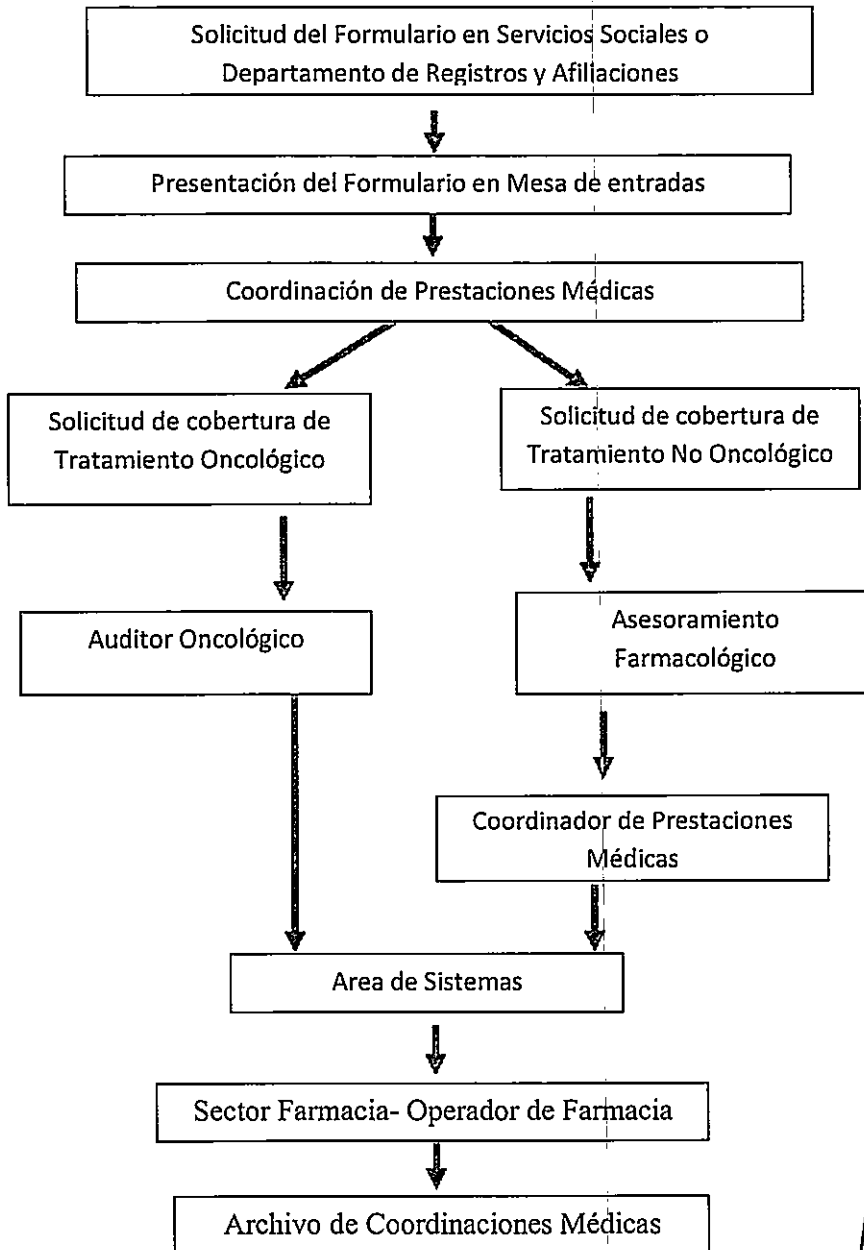



DISPOSICION N° 0934
CORRIENTES, 15 de noviembre de 2024

.../(2)

Flujograma

Solicitud de cobertura de Medicamentos de Alto Costo (MAC)




Med. ROCÍO PAOLA CARDOZO
Delegada Rectoral
ISSUNNE



"Año de la defensa de la vida, la libertad y la propiedad"

Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

1994 - 2024
30 años
De la Consagración Constitucional
de la Autonomía y Autarquía
Universitaria en Argentina

**DISPOSICION N° 0934
CORRIENTES, 15 de noviembre de 2024**

Corrientes,de 20....

Señora Delegada Rectoral del I.S.S.U.N.N.E
Dra. Rocío Cardozo
S/D

De mi mayor consideración:

El/ La que suscribe.....
DNI N°.....Agente de la Facultad/Instituto.....Antigüedad.....
se dirige a Ud. y por su intermedio a quien corresponda con el objeto de solicitar la cobertura de
el/los medicamento/s de alto costo prescriptos a,
(afiliado titular/adherente) para lo cual acompaño:

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE ALTO
COSTO, para tratamiento: (especifique con una X lo que corresponda)**

-ONCOLOGICO NO ONCOLOGICO

El/los medicamentos solicitados son para

-INICIO DE TRATAMIENTO SEGUIMIENTO CAMBIO DE MEDICACION

Comprendo y acepto que ninguno de estos medicamentos
pueden ser adquiridos en farmacia externa sin autorización previa de la autoridad competente.

Sin otro particular saludo a Usted muy atentamente.

DOMICILIO:.....

CUIL/CUIT N°:..... **Tel.:**.....

Correo electrónico:.....

OBSERVACIONES:

.....

Firma Afiliado Titular

Dirección de Servicios Sociales:

En la fecha se adjunta constancia de afiliación a fjs.....



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

"Año de la defensa de la vida, la libertad y la propiedad"

1994 - 2024
30 años
De la Consagración Constitucional
de la Autonomía y Autarquía
Universitaria en Argentina

DISPOSICION Nº 0934

CORRIENTES, 15 de noviembre de 2024

FORMULARIO DE SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO

Sr. Médico prescriptor: De acuerdo a la Res. 4912/2024 del Ministerio de Salud de la Nación es **OBLIGATORIO** que para prescribir Medicamentos de Alto Costo debe **completar y firmar** la siguiente **DECLARACIÓN JURADA DE CONFLICTO DE INTERESES**:

DECLARACIÓN JURADA DEL MÉDICO TRATANTE PARA LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO

Toda la información consignada en este formulario tiene carácter de declaración jurada. Complete todo el formulario de puño y letra, sin dejar ningún campo vacío. En caso de corrección o agregado, coloque su firma abreviada y la fecha al lado.

A. Datos del MEDICO TRATANTE	
Nombre completo	
Número de matrícula	
Teléfono	
Correo electrónico	

B. Datos del PACIENTE	
Nombre completo	
DNI	
Diagnóstico.	

C. Datos del MEDICAMENTO DE ALTO COSTO PRESCRIPTO	
Nombre genérico	
Nombre comercial indicado	
Nombre del Fabricante	

COMPLETE POR UNICA VEZ PARA ESTE MEDICAMENTO

D. Constancia de información al paciente: Declaro haberle explicado al paciente (o representante legal) de forma clara, precisa y adecuada las razones por las cuales le he prescrito el medicamento de alto costo, los riesgos y beneficios de su uso y las alternativas terapéuticas existentes. El paciente tiene pleno conocimiento de que tales riesgos y beneficios se encuentran bajo mi responsabilidad profesional.

E. Compromiso de notificar eventos adversos al Sistema de Farmacovigilancia. En caso que el paciente presente cualquier evento adverso (sospecha o confirmación con el medicamento prescrito) me comprometo a notificar al Sistema Nacional de Farmacovigilancia - ANMAT.



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

"Año de la defensa de la vida, la libertad y la propiedad"

1994 - 2024
30 años
De la Consagración Constitucional
de la Autonomía y Autarquía
Universitaria en Argentina

DISPOSICION N° 0934
CORRIENTES, 15 de noviembre de 2024

F. Declaración de conflicto de intereses. A los fines de la presente declaración jurada, el interés primario del médico tratante debe ser indicarle el tratamiento apropiado a la enfermedad del paciente y en condiciones adecuadas al estado clínico. Cuando una decisión terapéutica resulta afectada por un interés secundario (sea financiero o de otro tipo, sea para sí mismo o para terceros) ocurre un conflicto de intereses.

Marque la afirmación que corresponde a su situación:

- No tengo ni he tenido nunca ningún vínculo financiero con el laboratorio productor del medicamento indicado, consignado en la sección C de esta Declaración Jurada.
- Tengo o he tenido vínculos financieros con el laboratorio productor del medicamento consignado en la sección C de esta Declaración Jurada.

En caso de haber elegido la segunda opción, marque en la siguiente tabla algunas de las situaciones de conflicto de interés potencial que pudieran existir:

ÍTEM	FINANCIADOR/EMPRESA	AÑO
Percepción de honorarios, beneficios o financiamientos para sí o familiares por parte del laboratorio productor		
Financiación para asistir reuniones y congresos, asistencia a cursos, programas educativos (inscripciones, bolsas de viajes, alojamiento...).		
Honorarios como ponente (conferencias, cursos...).		
Honorarios como consultor médico de la compañía		
Participación en grupos de intereses que puedan influenciar en la prescripción.		
Conflictos de interés intelectual (participación en investigaciones o proyectos financiados por el laboratorio productor)		
Actuación como perito judicial o parte en alguna causa relacionada con la prescripción del medicamento		

Además de los intereses declarados arriba, declaro bajo mi responsabilidad que **NO TENGO** otros intereses o actuaciones que deban ser puestos en conocimiento del ISSUNNE.

G. Firma del Declarante Firma del médico _____

Aclaración _____ DNI _____ Número de matrícula _____

Lugar y Fecha _____



FORMULARIO DE SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO

* **IMPORTANTE:** EN ESTE FORMULARIO TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS

Nombre y Apellido del Afiliado:Edad:.....

Describa con exactitud el cuadro clínico Reseña de antecedentes personales y patológicos relevantes.		
Diagnóstico/s:		
Tiempo de Evolución de la Enfermedad:		
Fecha de inicio de tratamiento farmacológico:		
Evolución Terapéutica del cuadro clínico:		
Resultados de exámenes complementarios realizados		
(IMPORTANTE: Adjunte fotocopias de los mismos, de lo contrario la solicitud será rechazada)		
¿Recibió previamente tratamiento/s farmacológico/s?: Si..... No.....		
<i>(IMPORTANTE: Estos datos serán cotejados con la Base de Datos del ISSUNNE)</i>		
Nombre genérico	Duración del tratamiento	Respuesta clínica que fundamente el pedido de un nuevo medicamento

En caso que el paciente haya presentado un evento adverso, por favor, complete la Ficha Amarilla de Farmacovigilancia (Ver al final)



DISPOSICION Nº 0934
CORRIENTES, 15 de noviembre de 2024

FARMACO/S SOLICITADO/S

(IMPORTANTE: Debe prescribir de acuerdo a la Ley 25.649 – Prescripción por NOMBRE GENERICO)

¹ Nombre Genérico o Denominación común internacional	Potencia (Concentración del fármaco prescripto)	² Presentación farmacéutica/Vía de administración (comp, ampolla, etc.)	Dosis diaria	Cantidad de envases por mes	Alternativa terapéutica

Señor profesional: complete con letra LEGIBLE (de lo contrario la solicitud será rechazada)

a) Objetivo/s Terapéutico/s: *especifique criterios clínicos y/o de estudios complementarios que tendrá en cuenta para evaluar la efectividad de la terapéutica instituida.*

.....
.....

b) Duración del tratamiento:

.....
Firma y sello del Profesional Prescriptor

Informe Técnico

Reservado Auditoría Farmacológica del ISSUNNE:

Lugar y fecha:



DISPOSICION N° 0934

CORRIENTES, 15 de noviembre de 2024

COMUNICACION DE EFECTOS INDESEABLES
ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS ALIMENTOS Y TECNOLOGIA MÉDICA (ANMAT)
CENTRO REGIONAL DE FARMACOVIGILANCIA. CATEDRA DE FARMACOLOGÍA-UNNE

Datos del Paciente:

Iniciales: Peso: Altura: Edad: Sexo: Hospitalizado
En mts. F-M (si-no)

Descripción de la reacción adversa (RAM)
(Incluir fecha de comienzo)

Breve descripción del cuadro clínico del paciente

Exámenes complementarios relevantes
(con fechas)

Condiciones médicas relevantes

Fármacos que consume el paciente (marque con un asterisco el/los agente(s) sospechoso(s))

	N. Comercial	N. Genérico	Dosis diaria	vía	comienzo	Final (fecha)	Fin terapéutico	Nº Dosis recibidas
1								
2								
3								
4								
5								

Resultado:

<input checked="" type="checkbox"/> Recuperado <input type="checkbox"/> Recuperado c/secuelas No recuperado Desconocido Requirió o prolongó hospitalización Malformación Riesgo de vida Fatal : fecha:	La suspensión o reducción de la dosis del medicamento sospechado causó disminución o desaparición del evento adverso? SI NO
	La reexposición al fármaco generó la misma o similar reacción adversa? SI NO No se reexpuso

Fecha Comienzo Evento Fecha de este reporte:

*Nombre Profesional _____ Profesión: _____ Tel: _____ e-mail _____	Puede notificar las reacciones adversas a fármacos al Centro Regional de Farmacovigilancia- UNNE. (0379) 4432902, mail: crf-unne@med.unne.edu.ar
--	---



DISPOSICION N° 0934
CORRIENTES, 15 de noviembre de 2024

*Pueden ser sólo iniciales y lo indispensable para canalizar una respuesta, si fuera necesario.

Edad: en niños menores de 2 años expresarla en meses, añadiendo la fecha de nacimiento. Cuando se trata de malformaciones congénitas; Informar la edad y sexo del bebé en el momento de la detección. Agregue la edad de la madre.

Sexo: indique F si es femenino y M si es masculino.

Descripción del cuadro clínico: Indique enfermedad de base y toda condición médica previa de importancia.

Descripción de la RAM (reacción adversa a medicamento): indique los signos y síntomas del evento adverso que motivó la notificación, aunque se trate de una RAM conocida es importante su notificación.

En caso de tratarse de malformaciones congénitas precise el momento del embarazo en que ocurrió el impacto.

SI SE DETECTASE FALTA DE RESPUESTA TERAPÉUTICA A UN MEDICAMENTO, DEBE COMUNICÁRSELO COMO EVENTO ADVERSO

Fármaco: señalar en primer término la droga sospechosa. Notifique todos los demás fármacos administrados al paciente, incluidos los de automedicación.

Indicar la dosis diaria: En pediatría indique por Kg. de peso.

CONSIDERACIONES DE LA REACCIÓN

Resultados: Después de sucedida la reacción, cuál es el resultado final?

Señale si la reexposición al fármaco generó la misma o similar reacción adversa.

LOS EFECTOS ADVERSOS MOTIVADOS POR ELEMENTOS DE TECNOLOGÍA (CATÉTERES Y OTROS) DEBEN SER COMUNICADOS. También los eventos producidos por hierbas, medicamentos tradicionales o medicinas alternativas.

No llenar, uso interno

PBD	PBB	PSB	DUD	A	ATC:	E	M	Od	K	Consumidor:
L	M	G	F	B	Órganos afectados:	Otros:				



CENTRO REGIONAL DE FARMACOVIGILANCIA.CRF-UNNE

Universidad Nacional del Nordeste

Facultad de Medicina-M.Moreno 1240-Corrientes.Tel:0379-4431902

crf-unne@med.unne.edu.ar