

SAN JUAN, 24 DE JUNIO DE 2008

VISTO:

Los expedientes con solicitud de cobertura para Cirugía Bariátrica o Bypass Gástrico.

CONSIDERANDO:

Que la cirugía bariátrica constituye un procedimiento de reciente aplicación.

Que ante el pedido por parte de afiliados, se solicitó opinión a Dirección Médica.

Que dicha Dirección, ha elaborado una Guía Clínica en base al estudio NAHNES IV del National Institute of Health y también consultando bases de datos bibliográficos independientes.

Que Asesoría Letrada ha informado de la no existencia aún de legislación que obligue a las Obras Sociales a cubrir esta cirugía.

Que el Consejo Directivo había tratado el tema en su sesión de fecha 04 de septiembre 2007, según consta en Acta N° 978, estableciendo una Ayuda Económica.

Que tratado nuevamente el tema por Consejo Directivo, en reunión del 18/06/08, Acta N° 1007, se dispone aceptar las condiciones establecidas por Dirección Médica para la intervención, la que será autorizada al prestador calificado que la realice conforme al valor pactado por convenio.

POR ELLO HACIENDO USO DE SUS ATRIBUTOS,

**EL CONSEJO DIRECTIVO
DE D.A.M.S.U. - SAN JUAN
RESUELVE:**

-Corresponde a RES. N° 22 /08 –CD-

ART. 1º: Instrumentar el procedimiento, que como Anexo I forma parte de esta Resolución, para la autorización de la práctica quirúrgica denominada CIRUGIA BARIÁTRICA O BYPASS GÁSTRICO.

ART. 2º: Dejar establecido que una vez cumplido el procedimiento y aprobado por Auditoria y Dirección Médica, la autorización se realizará, según sea a cielo abierto o por laparoscópica, por medio del o los códigos establecidos y a los valores convenidos con los prestadores calificados.

ART. 3º: Se dispone el reconocimiento del cincuenta por ciento (50%) del módulo establecido. - A los afiliados que posean el FES, se realizará el treinta y cinco por ciento (35%) más de cobertura. Según la técnica corresponderá la autorización del módulo según CÓDIGOS 08.03.17, 08.03.60 o 08.03.61.

ART. 4º: Dejar sin efecto cualquier otra disposición anterior.

ART. 5º: Comuníquese a quién corresponda, y Archívese.

RES. N° 22 /08 CD-

ANEXO I

CIRUGÍA BARIÁTRICA (RES. N° 22/08 CD-)

GUÍA CLÍNICA PARA LA AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA BARIÁTRICA COMO MEDIDA COADYUVANTE EN EL TRATAMIENTO DE OBESIDAD

INTRODUCCIÓN:

La Cirugía Bariátrica es un paso –y no necesariamente el primero- en el tratamiento de la obesidad. Podrá ser aplicada cuando se cumplan previamente los siguientes pasos:

TRÁMITE PARA SU AUTORIZACIÓN

El afiliado que solicite la Autorización para el tratamiento quirúrgico llamado Cirugía Bariátrica, deberá cumplir con los requisitos de la siguiente Guía Clínica:

PACIENTES ELEGIBLES PARA SER TRATADOS POR ESTE MEDIO:

1. ADULTOS CON ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) IGUAL O SUPERIOR A 40 KG/M2, que hayan cumplido previamente con lo indicado en el punto (2), para el caso de que sean mujeres, deberán haber tenido el número de embarazos que deseen tener pues se han visto severos déficits nutricionales en los fetos de mujeres que tuvieron este tratamiento previamente.
2. HABER REALIZADO EN EL UN AÑO INMEDIATO ANTERIOR A LA INDICACIÓN DE LA CIRUGÍA UN TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO EFICAZ ININTERRUMPIDO DE SU OBESIDAD que no haya dado el resultado esperado o que, habiéndolo dado, no logre bajar el IMC más allá de 40 Kg./m2. Se entiende por tratamiento multidisciplinario eficaz el que reúna las siguientes características:
 - a) Estará conducido por un médico endocrinólogo o especializado en nutrición;
 - b) Comprenderá actividad física aeróbica no menos de 45 minutos por vez, cuatro veces por semana; el inicio deberá ser progresivo según la suficiencia de cada paciente, pero a los dos meses de iniciado deberá poder desempeñar este ritmo;

- c) Dieta hipocalórica adecuada (de 1500 a 1800 cal/día);
- d) Medicamentos a dosis eficaces por al menos seis meses –ORLISTAT, SIBUTRAMINA O RIMONABANT-
- e) Más cualquier otro que estuviere indicado por alguna comorbilidad existente (diabetes, dislipemia, hipotiroidismo, hiperinsulinismo, etc.);
- f) El médico tratante deberá informar trimestralmente la marcha del tratamiento a Auditoría Médica de D.A.M.S.U. – San Juan

3. TENER ASOCIADA ALGUNA DE ESTAS COMORBILIDADES: cardiopatía o apnea de sueño.

4. QUEDARÁ A CARGO DE AUDITORIA Y DIRECCIÓN MÉDICA SU AUTORIZACIÓN, cuando se hayan cumplido los pasos establecidos en esta Guía.

XxXxXxXxXxXxXxXxXxXxXxXxX

XxXxXxXxXxXxXxXxXxXxXxX

XxXxXxXxXxXxXxXxX