

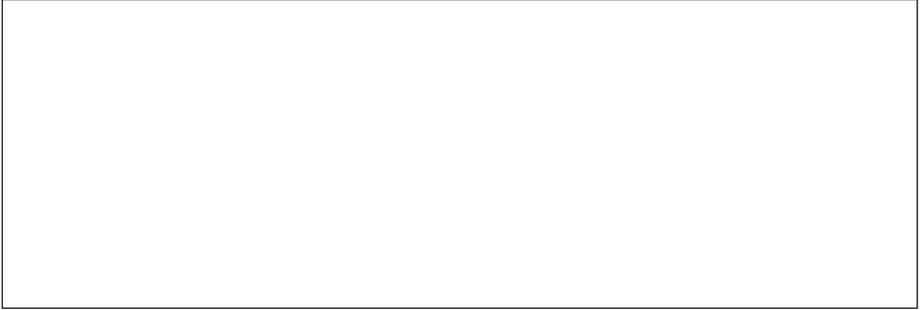


Fundación  Sanatorio Güemes

# GESTIÓN DE PRÓTESIS DE LA ESPECIALIDAD DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA EN ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES

JUAN LUCAS REBOIRAS  
TUTOR: DR. FEDERICO TOBAR





Fecha de catalogación:

Impreso en la Argentina

Hecho el depósito que previene la ley 11.723

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su almacenamiento en sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, electrónico, mecánico, fotocopia u otros medios sin el permiso previo del editor.

GESTIÓN DE PRÓTESIS  
DE LA ESPECIALIDAD DE  
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA  
EN ENFERMEDADES  
OSTEOARTICULARES

JUAN LUCAS REBOIRAS  
TUTOR: DR. FEDERICO TOBAR

E D I C I O N E S

Fundación  Sanatorio Güemes



# ÍNDICE

*Pág.*

---

<b>Acrónimos</b> .....	<b>9</b>
------------------------	----------

---

<b>Resumen</b> .....	<b>11</b>
----------------------	-----------

---

<b>Justificación de la Investigación</b> .....	<b>15</b>
--	-----------

---

<b>Objetivos</b> .....	<b>17</b>
Objetivo General.....	17
Objetivos Específicos.....	17

---

<b>Introducción</b> .....	<b>19</b>
---------------------------	-----------

---

<b>Antecedentes e identificación del problema</b> .....	<b>21</b>
---	-----------

---

<b>Limitaciones</b> .....	<b>29</b>
---------------------------	-----------

---

<b>Consideraciones metodológicas</b> .....	<b>31</b>
--	-----------

---

<b>Resultados de la investigación</b> .....	<b>33</b>
---	-----------

---

<b>Conclusiones y Propuestas</b> .....	<b>37</b>
--	-----------

---

<b>Bibliografía consultada</b> .....	<b>41</b>
--------------------------------------	-----------

---

**Anexo I**

Protocolo y nomenclador de prótesis importadas desarrollado para Obra Social Provincial, septiembre 2012.....	45
---	----

---

**Anexo II**

Protocolo y nomenclador de prótesis nacionales desarrollado para Obra Social Provincial, septiembre 2012.....	79
---	----

---

**Anexo III**

Normativas en Ortopedia y Traumatología Referencia sobre prestaciones e insumos Empresa de Medicina Prepaga.....	97
--	----

---

**Anexo IV**

Guía de prescripción de implantes traumatológicos en Obra Social Nacional.....	115
--	-----

---

**Anexo V**

Creación de consorcio para empresas proveedoras de implantes .....	121
--	-----





# ACRÓNIMOS

*CELADE*, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la Cepal.

*CEPAL*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

*EMP*, Empresa de medicina prepaga.

*EVLI*, Esperanza de vida libre de incapacidades.

*FNR*, Fondo Nacional de Recursos.

*LCA*, Ligamento Cruzado Anterior.

*OMS*, Organización Mundial de la Salud

*OPS*, Organización Panamericana de la Salud.

*OSN*, Obras Sociales Nacionales.

*OSP*, Obras Sociales Provinciales.

*RTC*, Reemplazo total de cadera.

*RTR*, Reemplazo total de rodilla.

*SSS*, Superintendencia de Servicios de Salud.

*SUR*, Sistema Único de Reintegro.



# RESUMEN

Este trabajo intenta describir la heterogeneidad en la gestión de provisión de prótesis traumatológicas, caracterizando el proceso desde la prescripción del implante por un prestador hasta el análisis efectuado en el financiador a través de su auditoría médica. La provisión a través de empresas proveedoras tiene una importancia esencial en el proceso de gestión de prótesis y se destaca por su marco regulatorio heterogéneo y sin pautas claras que dará motivo a una nueva investigación.

El estudio se centra sobre el análisis de tres casos de entidades financiadoras dentro del sistema argentino de Salud: una Obra Social Provincial con 1.900.000 afiliados a quién identificaré en adelante OSP, una empresa de medicina prepaga de las más representativas del sector con más de 600.000 socios, 50% corporativos y el restante 50% particulares y a la cual denominaré EMP y una Obra Social Nacional con 60.000 afiliados y la designaré OSN. Para cada una de ellas se identifican los diferentes mecanismos empleados por auditoría médica. Se evalúan los resultados obtenidos, y se desarrollaron propuestas orientadas a la generación de un sistema eficaz y transparente.

Entre los resultados obtenidos se constató que en las Obras Sociales Provinciales (que no se rigen por el PMO ni otras disposiciones de la Superintendencia de Servicios de Salud), se registra una mayor diversidad de implantes solicitados para afecciones similares. Esta diversificación se reduce en la medida que se generan disposiciones regulatorias o protocolos por patología sin que esto signifique un reporte de mayor incidencia de complicaciones, correspondería preguntarse entonces si aquellos financiadores con endebles mecanismos de fiscalización se sobre indican implantes tanto en cantidad como calidad. La OSP, hasta agosto de 2012, presentó un sistema abierto de autorizaciones de prótesis donde el análisis científico dependía de la capacidad e idoneidad del profesional a cargo. Los datos volcados en este trabajo en cuanto a esta obra social pertenecen al período de sistema abierto, excepto septiembre y octubre 2012.

La EMP, posee un sistema capitado en el proceso de provisión, en virtud de ello y dado que tiene un gasto fijo mensual destinado a la cobertura de prótesis que es independiente de la permeabilidad de la auditoría médica, las herramientas de control y análisis científico es acotado.

La OSN, tiene un sistema de gestión diferente, desde el 2009 se procedió a la contratación de una empresa de auditoría que le asegurara una reducción en el gasto generado por implante pero sin resignar calidad prestacional, esta

empresa desarrolla su actividad a través de la implementación de protocolos por patología y edad, generando a su vez un contacto frecuente y ameno con los prestadores.

Basado en los resultados del análisis de cada prescripción, la OSN presentó la menor variabilidad de prescripción por patología, seguida por el EMP y el OSP con la mayor heterogeneidad.

Asumiendo que todos los casos presentaban enfermedades de características similares pero con coberturas diferentes y encontrando que las prescripciones en muchos casos eran dependientes de las disposiciones que cada financiador imponía a sus prestadores sin significar ello un reporte de complicaciones a corto, mediano y largo plazo es que se propone una regulación universal mediante la formulación de protocolos en la gestión de provisión de implantes evitando transgresiones, ineficiencia, inequidad y desfinanciación.





# JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Haciendo un diagnóstico de situación respecto de la heterogeneidad de la auditoría en prótesis de Ortopedia y traumatología, pueden instrumentarse medidas de normatización o protocolarización que conlleven a un sistema más eficaz, eficiente y equitativo, que así mismo limite los reclamos por vía judicial. La judicialización hoy es un conflicto difícil de resolver y en gran medida se encuentra vinculada entre otros factores a una falta de unificación de criterios científicos. La aplicación de protocolos con respaldo de la comunidad médico-científica reduce la generación de reclamos por esta vía.

Entre los mayores desafíos actuales para la salud pública se destaca el control de la variabilidad en la práctica clínica. Ésta involucra la posibilidad de que se brinden diferentes tratamientos para un mismo problema de salud y se asocia potencialmente a dos riesgos: la subprestación y la sobreprestación. Ambas pueden generar complicaciones y encarecer el tratamiento. (Tobar y Liftschitz, 2011).

La incertidumbre va a dar lugar a grandes discrepancias en los criterios de los cirujanos ortopédicos. Las discrepancias en los criterios de los cirujanos originan diferentes formas de práctica clínica. En un estudio europeo se muestran las grandes diferencias que existen en Europa en la cirugía de la artroplastia de cadera y de rodilla. Estas diferencias se dan tanto en las tasa de artroplastia así como en los tipo de prótesis utilizados y en los costos. Dichas diferencias se mantienen incluso dentro del mismo hospital e incluso dentro del mismo servicio de cirugía ortopédica, demostrando que gran parte de esta variabilidad es debida a factores que dependen de las discrepancias entre los cirujanos. (Del Llano, 2011).

La existencia de variaciones significativas va repercutir de forma negativa en la calidad asistencial poniendo de manifiesto tres tipos de problemas: uno de efectividad, de eficiencia y de accesibilidad.

El efecto buscado es el de la unificación de criterios. Dichas directivas o protocolos son confeccionadas con respaldo bibliográfico de las principales asociaciones científicas vinculadas a la especialidad, nacionales e internacionales, y sustentado en la evidencia de la práctica quirúrgica. Con este mecanismo se reduce la subjetividad del análisis individual del auditor y este es guiado a través de un auténtico proceso de autorización. En conclusión, estas recomendaciones tienen carácter normativo y, en caso de ser requerido, se evalúa individualmente la situación para determinar la necesidad de un tratamiento no contemplado inicialmente. Además, la estandarización de tratamientos redundará en una disminución de los requerimientos por vía judicial. (Tobar y Liftschitz, 2011).



# OBJETIVOS

## OBJETIVO GENERAL

Este trabajo indaga e identifica los mecanismos de gestión y control de prótesis de ortopedia y Traumatología en algunos Financiadores del Sistema de Salud Argentino.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar qué mecanismos de análisis se aplican hoy desde auditoría para la autorización de prótesis en diferentes financiadores.

Proponer protocolos de análisis y gestión de prótesis unificados, de aplicación y ejecución en los diferentes financiadores del Sistema de Salud Argentino.



# INTRODUCCIÓN

Las prótesis quirúrgicas son uno de los componentes del gasto sanitario con tendencia creciente, vinculado al desarrollo tecnológico y a los cambios demográficos.

En la actualidad los financiadores del Sistema de Salud aplican mecanismos o procesos de evaluación y gestión de prótesis diversos. Este proceso de análisis es desarrollado por diferentes sectores como: el análisis científico de la indicación médica constituyendo el área de auditoría médica especializada, el análisis legal que constata el cumplimiento de los requisitos establecidos por los entes reguladores para la importación, fabricación y comercialización de estos insumos y por último el área contable para el análisis de costos.

Si bien existen notables avances de la medicina tradicional en el perfeccionamiento de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que, sin duda, contribuyen a una mayor eficacia resolutive, brindando por lo tanto una respuesta adecuada a las necesidades emergentes, estos también tienen una dimensión negativa en el creciente incremento de los costos. Estos últimos han aumentado persistentemente muy por encima de los aumentos de la eficacia y, en un significativo número de casos, los aumentos de eficacia son al menos discutibles, si no francamente irrelevantes.

La dinámica de funcionamiento de los mercados de salud ha demostrado una y otra vez las dificultades que existen para su adecuada regulación, persistiendo y en muchos casos acrecentándose la inducción de consumo por parte de los proveedores, la sobredemanda por parte de los usuarios, y la innecesaria proliferación de tecnologías y equipos de alta complejidad, que son más marcados aún en los segmentos de altos ingresos. Esto último, a su vez, se ha traducido en crecientes disparidades en el acceso a la salud y en la calidad de las atenciones de salud que logran los distintos segmentos de la población. (Katz y Miranda, 2005).



# ANTECEDENTES E IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En un Sistema de Salud tan segmentado y heterogéneo como el argentino, donde conviven diferentes formas de financiamiento, desde el público puro hasta el privado, es inevitable que se generen asimetrías en la prestación recibida por cada ciudadano dependiendo del grupo al que pertenezca. La provisión de prótesis no queda exenta de esta condición y se observa que la indicación realizada por un profesional para una misma patología varía de acuerdo con el financiador que brinda la cobertura. Esta variabilidad de tratamiento se observa, por ejemplo, en un profesional que en su ámbito de atención brinda servicio a dos financiadores diferentes: su prescripción varía de acuerdo con la cobertura que posee el paciente a pesar de un diagnóstico idéntico, lo que generaría una prescripción inducida y asimétrica.

La falta de transparencia de los mercados y las asimetrías de información constituyen otro de los mayores retos a los que hay que enfrentarse para lograr crear condiciones que faciliten la sistematización, incorporación y mejora en el acceso de nuevas tecnologías en los sistemas nacionales de salud de forma planificada y coherente con las necesidades sanitarias reales y basadas en la evidencia. (OPS, 2009).

## INFLUENCIA DEMOGRÁFICA Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

La medicina de hoy presenta un conflicto sin vistas de solución, relacionado con un incremento de la esperanza de vida al nacer y con el desarrollo de nuevas tecnologías. Ambos factores conllevan a un incremento en el gasto que genera como efecto secundario una asimetría cada vez mayor en el servicio que reciben los sujetos que pertenecen a distintos actores dentro del Sistema de Salud.

La transición demográfica ha sido descripta como un proceso de larga duración, que transcurre entre dos situaciones o regímenes extremos: uno, inicial, de bajo crecimiento demográfico con altas tasas de mortalidad y fecundidad, y otro, final, de bajo crecimiento, pero con niveles también bajos en las respectivas tasas. (CEPAL-CELADE, 2008). Mientras que en poblaciones con un alto nivel de natalidad y baja esperanza de vida al nacer la edad media de

esa población es baja, las poblaciones con bajas tasa de mortalidad y natalidad presentan una clara tendencia al envejecimiento poblacional. Esto es, a detentar un mayor peso relativo de los adultos mayores sobre el total de la población. Esto último es lo que ocurre en países desarrollados y comienza a ser un motivo de preocupación desde el punto de vista económico-sanitario en países en desarrollo que se encuentran en fases avanzadas de la transición demográfica, como es el caso de Uruguay, Argentina y Chile en el cono sur de América Latina. (F. Notestein, 1953, 13-31).

El envejecimiento empieza a tener serias consecuencias y repercusiones económicas, sociales y sanitarias, entre las que se encuentra el incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas. En estas circunstancias los indicadores de salud clásicos, basados exclusivamente en la mortalidad, se han reconocido como insuficientes para evaluar la evolución del estado de salud de la población. Por este motivo, es necesario el empleo de indicadores que incluyan no solo las cifras de mortalidad sino también las de morbilidad o incapacidad, teniendo en cuenta que el aumento de edad de la población se corresponde con un descenso en el nivel de salud: a mayor cantidad de años vividos, mayor incidencia del desarrollo de enfermedades crónico degenerativas y las discapacidades generadas por ellas. La esperanza de vida libre de incapacidades (EVLI), también conocido como el indicador de esperanza de vida saludable, pertenece a ese grupo de indicadores.

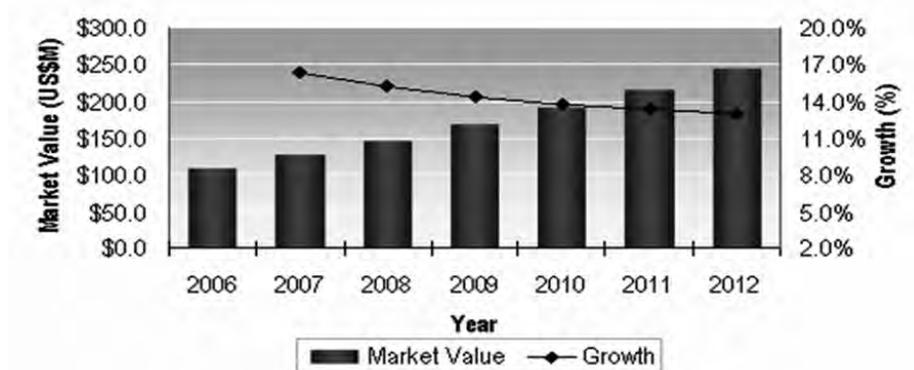
Para mantener una elevada ELVI se necesita un avance de los servicios sociales así como de las técnicas médicas y quirúrgicas, ya que, por ejemplo, existe un aumento considerable en el número de pacientes que requieren y reciben implantes para corregir defectos y enfermedades del sistema esquelético. En la actualidad, más de cincuenta millones de personas en todo el mundo tienen implantado algún tipo de prótesis, realizándose más de un millón de artroplastias de cadera y rodilla cada año en Estados Unidos y Europa, siendo ésta una intervención con tendencia a aumentar. Así mismo, en los próximos años se espera un crecimiento en la demanda de sustituciones articulares de entre un 5-10 % debido al progresivo envejecimiento de la población y un número creciente de pacientes jóvenes que sufren traumatismos por accidentes. (Hip and Knee Replacement Market, 2006). Este fenómeno tiene características similares en nuestro país, donde se desarrollan 17.400 artroplastias, y con tendencia cada año al aumento progresivo. (Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología, 2009).

## ANÁLISIS SINTÉTICO DEL MERCADO DE PRÓTESIS EN ARGENTINA

Para el análisis de mercado y estimaciones de participación se utilizó el informe Argentine Markets for Orthopedic Devices 2008, compañía canadiense que realizó una investigación del mercado ortopédico argentino en el año 2008, a través de una combinación de hasta tres enfoques para la recolección de datos: encuestas, entrevistas uno a uno, y grupos focales. Los encuestados pudieron ser médicos, cirujanos, enfermeras, especialistas y/o administradores de salud. Este informe no sólo describe las características propias del mercado y sus estimaciones futuras, sino también intenta entender cómo funcionan los sistemas de salud y las tendencias políticas y económicas que darán forma a las oportunidades del mercado.

El mercado de dispositivos ortopédicos en Argentina, donde se incluyen los reemplazos articulares, se valorizó en el 2007 en 127,2 millones de dólares. Impulsado por el aumento en la demanda de procedimientos y el fortalecimiento de la economía, el mercado creció un 16,3% sobre el 2006. La demanda de procedimientos se expande debido al envejecimiento de la población del país, la creciente incidencia a la obesidad y las nuevas opciones quirúrgicas mínimamente invasivas que permiten una mayor conservación ósea (nuevas tecnologías), y acercan la cirugía a pacientes más jóvenes que, en el pasado habrían tenido que esperar. Por otro lado, se pronostica un crecimiento compuesto del mercado ortopédico del 13.9% anual, lo que lo llevaría a 244,3 millones de dólares en 2012. (Millenium Research Group, 2008).

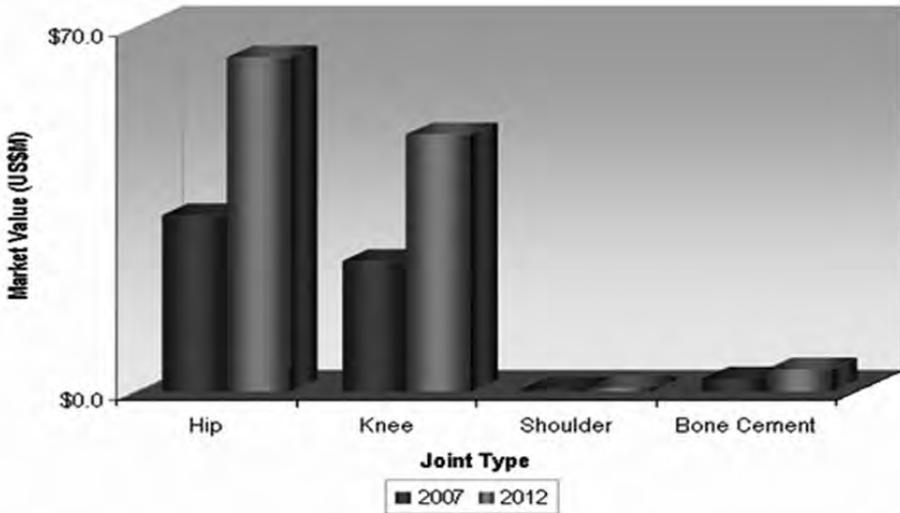
**Gráfico 1.** Estimación del mercado Argentino de dispositivos ortopédicos.



Fuente: Millennium Research Group, 2008.

En el mismo estudio se observa que los ingresos alcanzados en 2007 sólo por la venta de implantes de cadera, rodilla, hombro y cemento óseo fueron de 50 millones de dólares.

**Gráfico 2.** Mercado de los implantes de reemplazo reconstructivo según tipo de articulación, Argentina (US\$), 2007 y 2012.



Fuente: Millennium Research Group, 2008.

Lo expuesto en los gráficos 1 y 2 refleja el incremento exponencial del consumo en prótesis de ortopedia y traumatología, definido en millones de dólares utilizados en compra de estos productos. Con un sistema de fiscalización guiado por protocolos consensuados se podría establecer que el incremento en la tasa de uso o en el gasto en los implantes de esta especialidad se produjo solo por el impacto demográfico y tecnológico. Sin embargo, esta investigación pone de manifiesto que de acuerdo al sistema o proceso de gestión de prótesis elegido por cada financiador y sin un proceso de aplicación general se producen desviaciones que impactan en forma directa sobre la equidad, eficiencia y calidad de la prestación recibida por los usuarios.

Se han identificado tres grandes problemas que restringen la performance de los sistemas de salud (Tobar & Anigstein, 2012). En primer lugar, la fragmentación, que se ubica en el modelo de atención y ha sido definida como “La coexistencia de establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial; servicios que no cubren todos los aspectos de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo; servicios de distintos niveles que no se coordinan entre sí y que no se ajustan a las necesidades de las personas” (OPS/ OMS, 2009). En segundo lugar la segmentación, que se ubica en el modelo de gestión y ha sido definida como... “la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión” (OPS/ OMS, 2009). En tercer lugar la atomización, que se ubica en

el modelo de financiamiento e involucra la coexistencia de múltiples fuentes, modalidades de contratación y pago y valores, para las mismas prestaciones promoviendo diferentes estándares.

Los tres obstáculos sistémicos afectan al sistema de salud argentino, donde de cada diez individuos solo cuatro acceden a los servicios públicos de salud, otros cuatro tienen cobertura de obras sociales nacionales (OSN), uno de obras sociales provinciales (OSP) y otro de empresas de medicina prepaga, hace que la posibilidad de unificar criterios sea todavía más utópico. (Tobar y Lifschitz, 2011).

## LA AUDITORÍA MÉDICA ESPECIALIZADA COMO INSTRUMENTO DE CAMBIO

La segmentación de la responsabilidad, la fragmentación de los cuidados y la atomización de la financiación de nuestro sistema de salud hacen que los procesos de auditoría desarrollados por cada sector tengan criterios de aplicación diferentes. En el desarrollo de este trabajo se intentará destacar que cada financiador de salud aplica criterios de cobertura de prótesis diferentes para una misma patología. Inclusive, en algunas, no hay un criterio uniforme de aplicación sino que depende de la evaluación y la capacidad del auditor especializado del área, variabilidad clínica.

La auditoría médica debe fundamentarse en criterios explícitos determinados con antelación, utilizar instrumentos y procedimientos estandarizados y validados, obedecer a razonamientos imparciales, sin juicios preestablecidos y documentar la evidencia recolectada y analizada, las actividades realizadas y las conclusiones obtenidas.

El auditor médico debe obrar siempre con sinceridad, buena fe y lealtad para con sus colegas en la identificación de los problemas y deficiencias institucionales, manteniéndose actualizado en los conocimientos necesarios para su desempeño profesional. Debido a que existen diversas subespecialidades dentro de la ortopedia y traumatología, con frecuencia surgen algunas diferencias de criterio. Es por eso que la auditoría médica exige, además de honestidad, la aplicación por parte del profesional encargado de conocimientos y criterios específicos relacionados con el tema evaluado. Cuando éste excede sus capacidades técnicas, el auditor tendría la obligación ética de solicitar la asesoría de pares idóneos cuyos actos están siendo revisados para obtener el soporte científico que garantice la objetividad del proceso. (Jochen Gerstner Bruns, 2010).

Todo proceso de auditoría debería dividirse en cuatro etapas básicas que deben materializarse en un programa escrito: a) Planificación, mediante la cual se determinan los objetivos y el alcance de la auditoría, las actividades a analizar, los recursos necesarios para efectuar el estudio, análisis de terreno

e identificación de áreas críticas; b) examen y evaluación de la información, en la que todos los datos seleccionados se recogen, interpretan y analizan; c) conclusiones y recomendaciones, que suponen la presentación de resultados mediante los cuales se hace entrega de informes escritos del diagnóstico y se divulga; d) seguimiento, por el cual se determina si las acciones correctoras se aplican o no y si estas alcanzan los objetivos deseados.

El auge de la economía de la salud y la aplicación constante de criterios económicos requiere una precisión terminológica de eficacia, efectividad, eficiencia y equidad que correlacionan diferentes magnitudes. La eficacia supone hacer las cosas correlacionando la capacidad de una medida sanitaria con el logro de determinado efecto; siendo la efectividad la relación entre los objetivos previstos y los alcanzados. La eficiencia se adscribe al cumplimiento de los objetivos minimizando el empleo de recursos. La equidad se enmarca en la justicia social y busca con estándares mínimos lograr igualdad de oportunidades. (Piscoya, 2008).

La auditoría médica se ha constituido en verdadera filosofía de análisis profesional, es la confrontación de determinadas actividades con pautas consideradas adecuadas por aceptadas y eficientes. Con el uso de su metodología operativa, se compara el grado de la calidad de la atención proporcionada, con pautas o normas que son los principios y prácticas aceptadas como correctas por la profesión. “Es el examen de la gestión de una entidad con el propósito de evaluar la eficiencia de los resultados, con referencia a las metas fijadas en relación con los recursos humanos, financieros y materiales empleados, la organización y utilización de dichos recursos y los controles establecidos sobre dicha gestión”. (Otero, 2002)

La falta de protocolos unificados y consensuados entre los distintos entes involucrados en la formalización de la prestación especializada hace que haya un impacto directo sobre la calidad, cantidad y costo del servicio brindado. Para evitar esto, en Uruguay por ejemplo, el Fondo Nacional de Recursos dispone una serie de normativas para la cobertura de prótesis, principalmente aquellas de alto costo, como es el caso de los reemplazos articulares. Dicho organismo especifica las indicaciones, contraindicaciones, los estudios necesarios a ser evaluados para determinar la necesidad de la indicación. A efectos de autorizar la cobertura financiera, en todos los pacientes se toma en cuenta en forma integral la edad, la calidad de vida, la existencia de comorbilidades y el pronóstico, de tal manera que de la evaluación surja una expectativa de vida razonable, posibilidades ciertas de rehabilitación y un adecuado balance entre calidad de vida esperada y riesgos inherentes al procedimiento. El FNR implementa actividades de auditoría, seguimiento, evaluación de resultados y control técnico-administrativo de los actos que financia, incluyendo consultas directas a los pacientes tratados, control de historias clínicas y otras que entienda pertinentes para el cumplimiento de sus fines.

Algunos de los objetivos que plantea el FNR, y que en parte expresan el espíritu de esta investigación, son los siguientes;

- Permitir el acceso equitativo de toda la población del país a un conjunto de técnicas médicas de alta especialización, asegurando su financiamiento.
  - Evaluar la calidad de la atención que se brinda a los pacientes, controlando los procesos y los resultados de los actos financiados
  - Mejorar la eficiencia del sistema mediante la aplicación de metodologías de análisis de costos.
- Apoyar el desarrollo y el conocimiento de la medicina basada en evidencias mediante actividades de capacitación, aporte de estudios, evaluaciones y guías para la práctica clínica. (Normativas del Fondo Nacional de Recursos de Uruguay para las artroplastias, revisión, -2010).

Si bien es cierto, que la medicina es una ciencia basada en la evidencia y que para iguales patologías puede optarse por tratamientos diferentes que logren resultados similares, lo que no puede ocurrir es que se brinden tratamientos desactualizados, o que por la elevada morbilidad demostrada fueran desechados en un ámbito y aplicados en otros por circunstancias ajenas a lo científico.

La tecnología ha experimentado un gran avance en el desarrollo de nuevos insumos para reducir la morbi-mortalidad. Pero también en el afán de concretar nuevos negocios se introducen en el mercado implantes que no presentan una ventaja concreta frente al producto a reemplazar, es decir, no se contextualiza en un marco costo-beneficio y costo-efectividad.



# LIMITACIONES

Entre las limitaciones mencionar, falta de colaboración del personal vinculado al sector, rechazo a la formulación de propuestas, resistencia a la producción de cambios o formulación de un nuevo sistema de autorización, reserva en transmitir o exponer información, entre otras. El desarrollo del tema al cual nos abocamos esta emparentado con transgresiones de índole ético con impacto económico, que por encontrarse dentro del marco de la subjetividad no es tratado en esta investigación. En virtud de ello es que este trabajo se orienta a describir el problema desde la gestión médico-científica y no desde la económica. Si bien la generación de procesos de gestión médico-científico tienen impacto sobre aspectos económicos, solo nos avocamos al análisis del primero.

Si bien la selección de los actores es acotada (tres financiadores del Sistema de Salud Argentino), y se origina por la accesibilidad a la información por formar parte del personal integrante de dichas instituciones, el escenario descrito es representativo de lo que sucede en el resto de financiadores del sistema.



# CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

Se realizó un análisis descriptivo para caracterizar las herramientas utilizadas en auditoría de prótesis por distintos representantes del Sistema de Salud Argentino. La selección de los actores, fue determinada por la accesibilidad a la información, por la circunstancia de formar parte del personal integrante de dichas instituciones. Cada uno representa a un sector diferente dentro del sistema, como ser la OSP a las obras sociales provinciales; la EMP como empresa de medicina prepaga y el OSN a las obras sociales nacionales. Todas ellas aseguran la salud de un importante grupo de la población, por lo que puede considerarse como una muestra válida para satisfacer los objetivos de esta investigación. Por otra parte, ellas aplican mecanismos de control en auditoría muy heterogéneos.

Se procedió también a realizar una investigación de campo que involucró la recolección de datos a través de la observación directa y el análisis documental.

Como sustento documental se evaluó un conjunto de ordenes médicas como el resumen de historia clínica vinculada a la patología a resolver, la descripción escrita del implante solicitado, informes de estudios complementarios de diagnóstico y el informe desarrollado por auditoría como último eslabón del circuito. La información recolectada fue dividida en dos grandes grupos de pacientes; aquellos con enfermedades osteoarticulares traumáticas como las fracturas mediodiafisarias de tibia y peroné, fracturas mediodiafisarias de fémur, rupturas primarias de ligamento cruzado anterior en edades de 20 a 25 años y enfermedades osteoarticulares crónico degenerativas en pacientes de 65 a 70 años por artrosis de cadera, rodilla y hallux valgus.



# RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se evaluaron 460 casos de solicitudes de implantes para enfermedades crónico degenerativas en pacientes de entre 65 y 70 años de ambos sexos y de patología traumática, como fractura de fémur, tibia y lesión de ligamento cruzado anterior (LCA), en pacientes de 20 a 25 años de ambos sexos. Del total de casos 336 pertenecen a solicitudes efectuadas a la OSP (Obra Social Provincial) desde octubre de 2011 a octubre 2012, a la EMP (empresa de medicina prepaga) corresponden 90 casos y por último a la OSN (Obra Social Nacional) corresponden 34 casos en mismo lapso de tiempo. Todas las ordenes analizadas fueron seleccionadas al azar, evaluando en el primer mes aquellas prescripciones ingresadas del 1 al 5, en el segundo mes las ingresadas del 10 al 15 en el tercer mes del 20 al 25 e iniciando en el cuarto mes la misma metodología.

De la OSP se evaluaron 85 casos con artrosis de cadera, 62 de sexo femenino y 23 de masculino todos sin enfermedades osteoarticulares previas; 76 casos de artrosis de rodilla, 50 de sexo femenino y 26 masculino y mismo grupo etario; 95 casos de hallux valgus, 78 de sexo femenino y 17 masculino en edades de 65 a 70 años.

De las 85 solicitudes de prótesis para reemplazo total de cadera (RTC), no cementada importada con superficie cerámica fueron 25, no cementadas con superficie metal polietileno fueron 27 de las cuales 19 de origen importado y 8 del Mercosur; híbridas fueron 16 con distribución homogénea del origen; los pedidos de implantes de cadera no cementada fueron 7 de origen nacional. Todos los casos enumerados son pacientes que de acuerdo a sus antecedentes presentan mismas características clínicas.

De los 76 solicitudes por artrosis de rodilla, prótesis primaria importada para reemplazo total de rodilla (RTR) fueron 28; prótesis para RTR primaria nacional 22; prótesis para RTR primaria con cuñas y vástagos 12 con distribución homogénea de origen y prótesis unicompartimentales de rodilla 14, esta última de origen importado por no existir alternativa nacional o Mercosur.

Para hallux valgus la distribución se desarrolló de la siguiente forma 32 casos fueron resueltos con placas y tornillos nacionales; 8 casos con osteosíntesis importada; 35 casos con tornillos canulados nacionales y 20 con tornillos canulados importados.

Por patología traumática se evaluaron al azar 80 prescripciones efectuadas a la OSP distribuidas por patología de la siguiente forma, 32 casos por lesión de LCA donde se indicaron 20 sistemas para plástica de LCA de titanio importado, y 12 casos de sistemas para plástica de LCA biodegradable importado; 28 prescripciones de implantes para fracturas cerradas de tibia mediodiafisarias, 9 solicitudes de osteosíntesis importadas y 19 solicitudes de clavos endomedulares importados. Por fractura de fémur mediodiafisarias cerradas se evaluaron con la misma técnica de selección 20 órdenes de prescripción, constatando que se solicitaron todos implantes de origen importado 14 clavos endomedulares y 6 placas de osteosíntesis.

De la EMP se evaluaron 80 prescripciones seleccionadas con la misma táctica y durante el mismo periodo de tiempo, la distribución por patología se compuso de la siguiente forma: por artrosis de cadera y para el grupo etario mencionado se solicitaron un total de 18 implantes, 9 fueron prótesis para RTC no cementada importada con superficie metal polietileno importadas; dos implantes correspondieron a prótesis para RTC no cementada de superficie cerámica-cerámica importada; prótesis para RTC híbridas importadas o del mercosur correspondieron a 6 casos y un caso se solicitó una prótesis para RTC cementada nacional. Por artrosis de rodilla se evaluaron un total de 15 prescripciones hallándose la siguiente distribución: Prótesis para RTR primaria nacional en 9 casos; prótesis para RTR primaria importada en 3 casos y prótesis unicompartimentales 3 casos. Para hallux valgus se evaluaron 12 casos y en todos ellos lo solicitado y autorizado fueron tornillos canulados nacionales

En cuanto al análisis de solicitudes para patologías traumáticas en la EMP, se seleccionaron para plástica de LCA por ruptura 14 casos, en 5 se solicitaba sistema para plástica de LCA de titanio nacional, en 4 sistemas de titanio importado y en los 5 restantes sistemas importados biodegradables. Se analizaron 21 solicitudes de implantes para fractura de tibia y fémur respectivamente hallando 15 casos de solicitud de clavos endomedulares con 9 de origen nacional y 6 importados y 6 prescripciones de osteosíntesis nacionales.

En la OSN se evaluaron y seleccionaron los casos con la misma característica que se efectuó en los demás financiadores, de los 34 casos 8 correspondieron a solicitudes por artrosis de cadera y en todos ellos coincidió el origen nacional del implante, 5 casos con prótesis híbridas y tres cementadas.

Por artrosis de rodilla se analizaron 7 casos, 4 fueron prótesis para RTR primaria nacional y 3 primaria nacional con cuñas y vástagos.

Para hallux valgus se analizaron 8 casos y en todos ellos la prescripción fue tornillos canulados de origen nacional.

Para patología traumática se evaluaron y seleccionaron 11 casos, por ruptura de LCA se solicitaron todos sistemas de titanio nacional y para fractura de tibia y fémur se solicitaron implantes nacionales 3 osteosíntesis y 5 clavos endomedulares.

OSP como obra social provincial no se rige por el PMO en la cobertura prestacional de sus afiliados, se rige por un estatuto y normativas propias consensuadas y analizadas por el directorio que lo integra.

El proceso de gestión de prótesis en la OSP, desde agosto de 2012, se desarrolla a través de un nomenclador de implantes nominalizado y de un protocolo científico. Estas herramientas son ejecutadas por profesionales especializados que analizan y fiscalizan lo prescripto por los prestadores, los auditores médicos en este tipo de procesos tienen una moderada incidencia en la variabilidad ya que se apoyan para el análisis en normatizaciones conocidas, es decir que se intenta reducir lo cualitativo y/o abstracto del análisis científico, es un controlador en el cumplimiento de los protocolos establecidos. Antes de establecerse este mecanismo de gestión de implantes, esta obra social provincial presentaba un sistema abierto dependiente exclusivo de la idoneidad y formación del auditor especializado. Basándonos en los datos relevados y en comparación a los resultados obtenidos en la EMP y la OSN, la OSP es la que presenta la mayor distorsión en la amplitud de solicitudes para igual diagnóstico.

En la empresa de medicina prepaga la gestión de prótesis se desarrolla a través de un sistema capitado donde el financiador contrata a tres empresas proveedoras de implantes para abastecer el universo de solicitudes. En este caso la auditoría tiene una mínima incidencia como fiscalizadores de la actividad desarrollada por la Cápita. La EMP como empresa de medicina prepaga inscrita en la Superintendencia de Servicios de Salud (S.S.S.) se rige por el PMO.

Por último en la Obra Social Nacional tiene un sistema de gestión diferente, desde el 2009 se procedió a la contratación de una empresa de auditoría que le asegurara una reducción en el gasto generado por implante pero sin resignar calidad prestacional, esta empresa desarrolla su actividad a través de la implementación de protocolos por patología y edad, generando a su vez un contacto frecuente y ameno con los prestadores. Los prestadores prescriben el implante, la orden es remitida al departamento de auditoría de la empresa para su análisis, los casos autorizados son derivados al sector de compras donde se solicitan cotizaciones a las diferentes empresas proveedoras, seleccionando a la de menor costo. La OSN por tratarse de una obra social Nacional se rige en sus prestaciones médicas por el PMO según lo establecido por S.S.S.



# CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

En la actualidad existen múltiples factores que influyen sobre el incremento de la demanda de implantes de la especialidad de ortopedia y traumatología; demográficos, tecnológicos, un sistema de salud heterogéneo, y la variabilidad de la práctica médica, entre otros.

Es necesario ante esta realidad, coordinar con las entidades científicas representativas de la especialidad protocolos de indicaciones, sistematizando y reduciendo la complejidad del actual sistema. La unificación de criterios reduce la decisión individual del médico asistencialista y la conclusión individual del médico auditor. El paciente, que en la actualidad es rehén de la lucha de intereses entre el prestador y el financiador, se encuentra desabastecido de herramientas para lograr su objetivo que no es más que la resolución efectiva de su patología, a lo cual se suma la asimetría de información que existe entre las partes. En esta situación de desprotección e incertidumbre se incorpora un nuevo actor al sistema, la Justicia, que emite informes científicos basados en la experiencia individual del profesional a cargo y que con sus fallos, en no pocos casos, termina profundizando la inequidad e ineficiencia del sistema.

La implementación de procesos unificados generan eficacia, eficiencia y calidad a la provisión de implantes de la especialidad mediante la formalización de protocolos jerarquizados de indicaciones, contraindicaciones, posibles complicaciones y condiciones clínicas necesarias para someterse a la práctica y el desarrollo de nomencladores de prótesis con descripción detallada de cada uno de los elementos, donde deberán constar las descripciones técnicas sobresalientes del implante para alcanzar el objetivo deseado. De igual manera, no deben constar características menores que no hacen a la indicación ni al resultado de la cirugía pero que influyen sobre el costo del insumo.

Sin duda, lograr la aceptación por parte de los médicos especialistas es una tarea difícil pero no imposible. Debe iniciar su implementación por aplicarse en forma aislada en financiadores de menor cápita y una vez demostrada la efectividad del proceso realizar la traslación a financiadores de mayor capacidad, hasta que finalmente sea aceptado y ejecutado masivamente, logrando la universalidad y equidad de esta disciplina.

Como propuestas se describen dos modalidades de intervenciones, aquella que impacta sobre la actividad asistencial y de auditoría científica y es la

generación de protocolos y nomencladores de prótesis y la segunda es la creación de entidades representativas del sector que impliquen la fiscalización del proceso de provisión de prótesis es sin duda un herramienta necesaria dentro del actual sistema regulador. Esta entidad cuenta con representantes científicos destinados a auditar y controlar que las empresas inscriptas cumplan con las regulaciones necesarias para el desarrollo de la actividad.

Los financiadores del Sistema Nacional de Salud (Privados, Obras Sociales Nacionales y Provinciales como Salud Pública) podrán consultar y solicitar información de los proveedores inscriptos y constatar las certificaciones necesarias para el desarrollo de la actividad reduciendo la incertidumbre y asimetría de la información.

Los financiadores cuando seleccionan a sus prestadores y proveedores asumen el riesgo en la prestación que ellos pudieran brindarles.

En definitiva el financiador es responsable sobre el cuidado de la salud de sus socios o clientes, "El médico desarrolla su actividad basado en la evidencia, en oportunidades, su propia evidencia", la prestación que pudiera o no requerir el uso de un insumo es responsabilidad en primera instancia del médico tratante, pero también lo es de quién debió ejecutar medidas de control y fiscalización para el desarrollo de dicha práctica.

Es por ello que las empresas aseguradoras de salud y las obras sociales deben ejecutar todas las herramientas necesarias que reduzcan al mínimo el riesgo.

Existiendo un marcado incremento de la judicialización de las prestaciones médicas, la entidad reguladora asegura el cumplimiento estricto de lo impuesto por la legislación nacional, Ministerio de la Nación, ANMAT y de cada distrito donde se desarrolla la prestación de las empresas constitutivas para esta actividad.

La "trazabilidad" es actualmente un mecanismo de control necesario para transparentar el mercado de productos médicos disminuyendo el riesgo de adulteración de stickers y troqueles; entendiendo por ella al conjunto de aquellos procedimientos preestablecidos y autosuficientes que permiten conocer el histórico, la ubicación y la trayectoria de un producto o lote de productos a lo largo de la cadena de suministros en un momento dado, a través de herramientas determinadas.

Todas las empresas integrantes de la entidad reguladora disponen de los mecanismos necesarios para el efectivo proceso de trazabilidad, en dicho proceso se desarrolla un registro documentado de los productos que se distribuyen o destinan para su utilización en territorio nacional.

Este registro deberá contener, al menos, los datos siguientes: nombre comercial

del producto, modelo, serie, número de lote, fecha de envío o suministro e identificación del paciente. Los productos, y/o los componentes, deberán estar identificados de forma que sea posible realizar cualquier acción adecuada que resulte necesaria cuando se manifiesten riesgos potenciales derivados de los productos y sus componentes. Los productos deberán llevar un código, que permita la identificación inequívoca del implante.

Como ejemplo de las intervenciones propuestas se adjuntan protocolos de indicaciones y nomencladores de implantes que actualmente se aplican y ejecutan en diferentes financiadores como así también en anexo 4 se describe la creación formal del primer consorcio constituido por diferentes actores participantes en el proceso de gestión de prótesis y destinado a transparentar el mercado de implantes. (Anexo I, II, III, IV y V).



# BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Argentine Markets for orthopedic devices (2008), Millennium Research Group, Inc. Canada.

Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología (2009), "Revisiones e indicaciones".

Boletín Demográfico No. 72. (2003) "América Latina y el Caribe: El envejecimiento de la población 1950 – 2050". Santiago de Chile.

Boletín N° 5 (2005) "Envejecimiento y Desarrollo en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile.

Bongaarts, J. y Bulatao, R. (1999), "Completing the demographic transition", Policy Research Division Working Paper, N° 125, Nueva York, Consejo de Población, Naciones Unidas.

CEPAL/CELADE (2008), "Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe", Serie Población y Desarrollo N° 82. LC/L.2864-P Santiago de Chile. En: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/5/33075/lcl2864-P.pdf> acceso 10 - 09 - 2011.

CEPAL (2006) "La Protección Social de cara al futuro: Acceso, Financiamiento y Solidaridad", reunión de expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.

Cetrángolo, O. y Devoto, F. (1998) Reformas en la política de salud en Argentina durante los años noventa, con especial referencia a equidad" Nexo. Revista del Hospital Italiano de Bs.As.

Hip and Knee Replacement Market: Overview of the US and European Market- growth in a mature market. -2006- datamonitor.

Jochen Gerstner Bruns (2010) "Asociación Colombiana de Ortopedia y Traumatología" Bogotá - Colombia.

José Piscoya (2008). "Calidad de la Atención en Salud a través de la Auditoría Médica" Lima-Perú.

Katz J. y Miranda E. (2005) "Reforma del sector de salud, satisfacción del consumidor y contención de costos" Naciones Unidas, Santiago de Chile.

Normativas del Fondo Nacional de Recursos de Uruguay para las artroplastias, revisión del 2010, Montevideo-Uruguay [http://www.fnr.gub.uy/sites/default/files/artropor%20cadera%20por%20artrosis\\_2010.pdf](http://www.fnr.gub.uy/sites/default/files/artropor%20cadera%20por%20artrosis_2010.pdf) acceso 09 – 08 - 2011.

Notestein, F. (1953), "Economist Problems of Population Change". En *Proceedings of Eighth International Conference of Agricultural Economists*, 13-31. Oxford University Press. London.

Organización Panamericana de la Salud, (2009). "El acceso a los medicamentos de alto costo en las Américas" Washington, DC.

OPS/OMS (2009). 49.o Consejo Directivo. 61.a Sesión del Comité Regional. *Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009. Punto 4.12 del orden del día provisional CD49/16 (Esp.)*. Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud. 13 de agosto del 2009.

Oscar Cetrángolo y Florencia Devoto CEPAL (2002) "Organización de la Salud en Argentina y Equidad" Buenos Aires - Argentina.

Otero Jaime (2002). "Auditoría de servicios de Salud" Lima-Perú.

Tobar F. y Lifschitz E. (2011), "Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas, Propuesta y Fundamentos", Buenos Aires - Argentina.

Tobar F & Anigstein C (2012). *Redes de Salud: Análisis de caso y conceptualización del funcionamiento en red del Hospital El Cruce*. Buenos Aires. Universidad Nacional Arturo Jauretche.





# ANEXO I

## PROTOCOLO Y NOMENCLADOR DE PRÓTESIS IMPORTADAS DESARROLLADO PARA OBRA SOCIAL PROVINCIAL, SEPTIEMBRE 2012.

PRÓTESIS PARA REEMPLAZO DE CADERA		
<b>ARTROPLASTIA PARCIAL</b> (SOLO SE RECAMBIA EL COMPONENTE FEMORAL) SUS INDICACIONES SON FRACTURAS MEDIALES DE CADERA.		
		U\$\$
<b>CI 1</b>	PRÓTESIS BIPOLARES (TIPO GILIBERTY)	1.450
<b>ARTROPLASTIA TOTAL</b> (SE REEMPLAZAN AMBOS COMPONENTES, TANTO FEMEORAL COMO ACETABULAR).		
<b>SUS INDICACIONES SON:</b> Fractura medial de cadera. Buena demanda funcional. Artrosis. Artritis reumatoidea. Artritis autoinmunes. Necrosis aséptica de cadera. Displasias de cadera. Otras. (Patologías que generen una alteración anatómica de la articulación y cuyo diagnóstico sea sustentado mediante estudios complementarios.)		
		U\$\$
<b>CI 2</b>	PRÓTESIS TOTAL DE CADERA CEMENTADA PRIMARIA.	3.818
<p><b>Cementadas:</b> Tipo Charnley o tipo Muller. Pacientes hasta 75 años y/o pacientes sedentarios, con poca demanda o con una expectativa de vida limitada por enfermedad.</p> <p><i>Cualquier característica extra que pueda contener alguno de los componentes que integran esta prótesis quedan incluidos dentro de este código.</i></p> <p>Incluye diferentes diseños de tallos, anatómicos o no, modulares o no, con o sin collarete. Todas las aleaciones de material, y características de superficie. Con o sin centralizador distal. Incluye cemento de baja viscosidad y con antibiótico para cementado con pistola y tapón medular.</p> <p>Incluye todos los tipos de cotilos cementados a excepción de los antiluxantes.</p>		

		U\$S
CI 3	PRÓTESIS TOTAL DE CADERA HIBRIDA PRIMARIA.	4.700
<p><b>Híbridas:</b> hasta de 75 años. Normalmente se trata de tallo cementado con acetábulo impactado u atornillado. Raramente es a la inversa y en ese caso debe estar bien justificada.</p> <p><i>Cualquier característica extra que pueda contener alguno de los componentes que integran esta prótesis quedan incluidos dentro de este código.</i></p> <p>Incluye diferentes diseños de tallos, anatómicos o no, modulares o no, con o sin collarete. Todas las aleaciones de material, y características de superficie. Con o sin centralizador distal. Incluye cemento de baja viscosidad y con antibiótico para cementado con pistola y tapón medular. Incluye cualquier alternativa de cotilo no cementado con sus respectivos tornillos. Par de fricción metal polietileno (incluye polietileno de alto entrecruzamiento y con diferentes agregados).</p>		
		U\$S
CI 4	PRÓTESIS TOTAL DE CADERA NO CEMENTADA PRIMARIA.	6.300
<p><b>No Cementadas:</b> Menores de 65 años con buen estado general y alta demanda. En este caso se supone que la expectativa de vida y la demanda del paciente, hará que la prótesis sufra un desgaste y deberá ser reconvertida en el futuro. En el caso de las No Cementadas será mucha más fácil de retirar que aquellas que tienen cemento, y en el caso de la Híbridas, solo se cambia el acetábulo que originalmente es no cementado, por uno cementado.</p> <p><i>Cualquier característica extra que pueda contener alguno de los componentes que integran esta prótesis quedan incluidos dentro de este código.</i></p> <p>Incluye las diferentes aleaciones, cualquier diseño de tallo, sean de fijación proximal o distal.</p> <p>Alambres para cierre de osteotomía. Cualquier diseño de cotilo con sus respectivos tornillos.</p> <p>Cualquier material y porcentaje de recubrimiento. Par de fricción metal - polietileno (Incluye polietileno de alto entrecruzamiento y con diferentes agregados)</p>		

		U\$\$
CI 5	PRÓTESIS MONOBLOCK O CONSTREÑIDA	3.800
<p><b>Monoblock:</b> Este tipo de prótesis es utilizada y con casi única justificación en pacientes añosos con fractura medial de cadera con patología psiquiátrica de base o enfermedades como el Parkinson, ya que reducen la posibilidad de luxaciones. En la actualidad existen sobre indicaciones de esta prótesis.</p> <p>Solo justificada la autorización de importada en pacientes menores de 65 años cuya patología de base condicione su uso.</p> <p><i>Cualquier característica extra que pueda contener alguno de los componentes que integran esta prótesis quedan incluidos dentro de este código.</i></p>		
		U\$\$
CI 6	PRÓTESIS TOTAL DE CADERA DE DIFERENTES SUPERFICIES (METAL-METAL, CERÁMICA-CERÁMICA)	10.115
<p>Existen en las prótesis diferentes tipo de superficies articulares. Lo habitual es la superficie Metal – Polietileno, existen otras superficies como Metal – Metal o Cerámica, lo cual estaría indicado solamente en pacientes muy jóvenes o sumamente activos por el menor índice de fricción y desgaste de la superficie articular. Salvo situaciones muy particulares, no debería estar indicado en pacientes que superen los 50 años, pero de cualquier manera por debajo de esta edad debería estar muy bien justificada en relación a las indicaciones arriba descriptas.</p> <p><i>Cualquier característica extra que pueda contener alguno de los componentes que integran esta prótesis quedan incluidos dentro de este código.</i></p>		
<b>ARTROPLASTIA DE REVISIÓN DE CADERA</b>		
SE TRATA DEL RECAMBIO DE ALGUNO O TODOS LOS COMPONENTES.		
<p><b>Indicaciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aflojamiento Séptico.</li> <li>▪ Aflojamiento Mecánico.</li> <li>▪ Fracturas peri-protésicas.</li> <li>▪ Luxaciones recidivantes.</li> <li>▪ Osteolisis localizadas.</li> </ul> <p>En el caso de los aflojamientos sépticos, los mismos deben estar sustentados por punciones articulares.</p> <p>En caso de pacientes en mal estado general, o añosos con poca expectativa de vida, la indicación de revisión se ve limitada, y puede estar indicada el retiro del material y la realización de una artroplastia por resección tipo GILDERSTONE.</p>		

<p><b>Prótesis de Revisión:</b> Diferentes tipos y modelos de acuerdo al caso en particular. Existen situaciones en donde se tiene como objetivo solo revisar un componente de la prótesis. En estos casos puede estar justificado la utilización de una prótesis de revisión de la misma marca que la que se va a revisar.</p> <p><i>Cualquier característica extra que pueda contener alguno de los componentes que integran esta prótesis quedan incluidos dentro de este código.</i></p>		
		U\$S
CI 7	COTILO CEMENTADO.	1.020
CI 8	COTILO NO CEMENTADO.	2.465
CI 9	COTILO NO CEMENTADO SUPERFICIE METAL METAL O CERÁMICA	4.000
CI 10	TALLO CEMENTADO DE REVISIÓN CON CABEZA METAL	3.000
CI 11	TALLO NO CEMENTADO DE REVISIÓN CON CABEZA METAL	6.500
CI 12	TALLO NO CEMENTADO DE REVISIÓN CON CABEZA CERÁMICA	7.500
CI 13	PRÓTESIS TOTAL DE CADERA DE REVISIÓN CEMENTADA.	3.600
CI 14	PRÓTESIS TOTAL DE CADERA DE REVISIÓN HÍBRIDA.	5.015
CI 15	PRÓTESIS TOTAL DE CADERA DE REVISIÓN NO CEMENTADA.	9.200
CI 16	PRÓTESIS TOTAL DE CADERA DE REVISIÓN CERÁMICA/CERÁMICA	13.000
CI 17	AUMENTADORES (TANTALEO, METAL Y TODAS SUS VARIEDADES)	1.400
CI 18	ANILLOS RESTRICTORES	2.800
<p>Los más utilizados son los tipo Bush Schnaider o Kerboul. Se utilizan cuando existe un gran déficit de stock óseo o una incontinencia a nivel del acetábulo sea tanto en el anillo acetabular o en el fondo.</p>		

		U\$\$
CI 19	ESPACIADORES PARA CADERA.	4.600
<p><b>Espaciadores:</b> Se utilizan para mantener la longitud del miembro, junto con antibióticos durante 8 a 12 semanas, hasta curar la articulación de su infección para luego colocar la prótesis de revisión.</p>		
		U\$\$
CI 20	PRÓTESIS DE CADERA NO CONVENCIONALES.	19.700
<b>ARTROPLASTIA NO CONVENCIONAL</b>		
<p>Se trata de prótesis con características específicas necesarias para resolver afecciones no convencionales que generan gran destrucción ósea, las mismas relacionadas a afecciones oncológicas con buena respuesta al tratamiento y menores de 55 años. Para su autorización deberá adjuntarse estudios complementarios de diagnóstico, e informe detallado de médico oncólogo especificando la expectativa del paciente a tratar. En aquellos pacientes mayores de 55 años se evaluará si correspondiera la alternativa nacional.</p> <p><i>Cualquier característica extra que pueda contener alguno de los componentes que integran esta prótesis quedan incluidos dentro de este código.</i></p>		
		U\$\$
CI 21	PRÓTESIS PARA REEMPLAZO DE SUPERFICIE	15.600
	Pacientes menores de 40 a con patología del cartílago articular. Sin signos de NOA. Sin displasia.	
<b>ARTROPLASTIA DE RODILLA PRIMARIA</b>		
<p><b>Indicaciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Artrosis.</li> <li>▪ Artritis reumatoidea.</li> <li>▪ Osteonecrosis.</li> <li>▪ Genu varo / valgo.</li> <li>▪ Artritis autoinmunes.</li> <li>▪ Otras.</li> </ul>		
<p><b>Insumos:</b>                  Prótesis total de Rodilla: Se reemplazan los tres componentes (tibial – femoral – rotuliano) de la rodilla, aunque en algunos casos puede que por decisión del cirujano no se reemplace el componente rotuliano. Puede ocurrir que en casos de una cirugía primaria, este justificada la utilización de VÁSTAGOS y CUÑAS.                  Origen: Pacientes menores de 65 años IMPORTADAS.</p>		

		U\$\$
RI 1	PRÓTESIS PARA REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA PRIMARIA (LAS CARACTERÍSTICAS DE ROTACIÓN TIBIAL O NO SE ENCUADRAN DENTRO DE ESTE CÓDIGO).	5.200
<i>Cualquier característica extra que pueda contener alguno de los componentes que integran esta prótesis quedan incluidos dentro de este código.</i>		
		U\$\$
RI 2	PRÓTESIS PARA REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA PRIMARIA CON VÁSTAGOS Y CUÑAS.	6.000
<i>Cualquier característica extra que pueda contener alguno de los componentes que integran esta prótesis quedan incluidos dentro de este código.</i>		
		U\$\$
RI 3	PRÓTESIS PARA REEMPLAZO UNICONDILAR.	4.100
ANEXO: Las prótesis UNICOMPARTIMENTALES, las cuales son solo importadas, de alto costo, con limitada casuística y seguimiento en Argentina, tienen indicaciones poco claras. Las mismas serían Artrosis Unicompartimentales en pacientes jóvenes (menores de 60 años), sin deseos, no obesos y con ligamento cruzado anterior y medial sano .		
<i>Cualquier característica extra que pueda contener alguno de los componentes que integran esta prótesis quedan incluidos dentro de este código.</i>		
		U\$\$
RI 4	REEMPLAZO PATELAR	720
RI 5	REEMPLAZO FEMOROPATELAR	6.715
ARTROPLASTIA DE REVISIÓN DE RODILLA		
Se trata de segundas cirugías, donde se cambia una prótesis por otra de revisión.		
<b>Indicaciones:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aflojamiento Séptico.</li> <li>▪ Aflojamiento Mecánico.</li> <li>▪ Fracturas peri-protésicas.</li> </ul>		

<p><b>Insumos:</b> Prótesis de Revisión: Diferentes tipos y modelos de acuerdo al caso en particular. En general se utilizan VÁSTAGOS, CUÑAS y SUPLEMENTOS.</p>		
U\$\$		
RI 6	PRÓTESIS PARA REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA DE REVISIÓN	9.950
<p><i>Cualquier característica extra que pueda contener alguno de los componentes que integran esta prótesis quedan incluidos dentro de este código.</i></p>		
U\$\$		
RI 7	ESPACIADOR DE RODILLA C/SIN ANTIBIÓTICO	4.600
<b>ARTROPLASTIA DE HOMBRO</b>		
<p><b>Indicaciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Artrosis.</li> <li>▪ Artritis reumatoidea.</li> <li>▪ Necrosis avascular.</li> <li>▪ Fracturas a cuatro fragmento o luxos – fracturas.</li> <li>▪ Artrosis severa con lesión irreparable del manguito rotador.</li> <li>▪ Artritis autoinmunes.</li> <li>▪ Otras.</li> </ul>		
<p>Las prótesis mas frecuentemente utilizadas son parciales, totales y menos frecuentemente utilizadas las reversas y de superficie.</p>		
<p><b>Insumos:</b> Prótesis Parciales y Totales: Su elección depende del grado de compromiso de las superficies articulares . Prótesis Reversa: Contraindicada en pacientes jóvenes o con grandes defectos óseos. Se utiliza en situaciones de artrósis glenohumeral secundaria a artritis reumatoidea con lesión irreparable del manguito rotador y en casos de fracturas severas con lesión masiva del manguito rotador.</p>		
U\$\$		
HI 1	PRÓTESIS PARA REEMPLAZO TOTAL DE HOMBRO (CEMENTADAS Y NO CEMENTADAS)	6.000
<p><i>Cualquier característica extra que pueda contener alguno de los componentes que integran esta prótesis quedan incluidos dentro de este código.</i></p>		

		U\$S
HI 2	PRÓTESIS PARA REEMPLAZO PARCIAL DE HOMBRO (CEMENTADAS Y NO CEMENTADAS)	5.200
<i>Cualquier característica extra que pueda contener alguno de los componentes que integran esta prótesis quedan incluidos dentro de este código.</i>		
		U\$S
HI 3	PRÓTESIS REVERSA PRIMARIA/REVISIÓN	8.500
<i>Cualquier característica extra que pueda contener alguno de los componentes que integran esta prótesis quedan incluidos dentro de este código.</i>		
En pacientes jóvenes menores de 50 años estarían indicadas las de origen IMPORTADO. En el caso de las prótesis reversa, la misma es de origen importado y debería estar perfectamente justificada su utilización.		
		U\$S
HI 4	PRÓTESIS NO CONVENCIONALES	19.700
ARTROPLASTIA DE CODO		
		U\$S
GI 1	PRÓTESIS PARA REEMPLAZO CEMENTADO PRIMARIO	5.000
GI 2	PRÓTESIS PARA REEMPLAZO DE CÚPULA RADIAL	3.700
ARTROPLASTIA DE TOBILLO		
En la actualidad no existen trabajos científicos contundentes en cuanto a su indicación que demuestren un costo-beneficio y costo-efectividad vs artrodesis, su indicación podría reconocerse en pacientes menores de 50 años, buen estado geral., Y con estudios que demuestren su indicación.		
		U\$S
TOI 1	PRÓTESIS PARA REEMPLAZO DE TOBILLO	5.400
TOI 2	PRÓTESIS PARA REEMPLAZO SUBASTRAGALINO	3.900
<i>Cualquier característica extra que pueda contener alguno de los componentes que integran esta prótesis quedan incluidos dentro de este código.</i>		

<b>ARTROSCOPIA</b>		
<p>Se trata de un procedimiento quirúrgico con finalidad terapéutica y NO DIAGNOSTICA.</p> <p>Las articulaciones en donde más frecuentemente se utiliza esta técnica son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rodilla</li> <li>▪ Hombro</li> <li>▪ Tobillo</li> </ul> <p>Menos frecuentemente, con indicaciones específicas y necesidad de justificación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Muñeca</li> <li>▪ Codo</li> <li>▪ Cadera</li> </ul>		
<b>ARTROSCOPIA DE RODILLA</b>		
<p>Se autoriza de origen importado a pacientes menores de 50 años, por existir en el mercado de origen nacional cuyo resultado final es el mismo, biodegradable hasta 35 años.</p> <p><b>Indicaciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Plástica del ligamento cruzado anterior (LCA).</li> <li>▪ Plástica del ligamento cruzado posterior (LCP).</li> <li>▪ Osteocondritis.</li> <li>▪ Lesiones Meniscales.</li> <li>▪ Cuerpos libres intraarticulares.</li> <li>▪ Sinovitis.</li> <li>▪ Síndrome rotuliano.</li> <li>▪ Artritis séptica.</li> <li>▪ Fracturas hundimiento de platillo tibial.</li> <li>▪ Otras.</li> </ul>		
		U\$S
ARI 1	Sistemas Transversales, Transfixiantes y de Fijación Cortical para LCA, EN TITANIO. Incluye Tornillos	1.711
ARI 2	Sistemas Transversales, Transfixiantes y de Fijación Cortical para LCA, BIODEGRADABLE .Incluye Tornillos. Hasta 35 años.	1.861
ARI 3	Tornillos de Interferencia (Kurosaka): Se utilizan para la reconstrucción de lesiones del LCA con tendón rotuliano. En general se utilizan DOS TORNILLOS, TITANIO.....Valor por cada uno.	300

ARI 4	TORNILLOS DE INTERFERENCIA BIODEGRADABLES . Se utilizan para la reconstrucción de lesiones del LCA con tendón rotuliano. En general se utilizan DOS TORNILLOS..... Valor por cada uno. Hasta 35 años.	450
ARI 5	SISTEMA DE TRANSPORTE OSTEOCONDRALE. Se utilizan para lesiones Osteocondrales de menos de 1 cm., en pacientes jóvenes (menores de 40 años). Es UNO por cirugía. Corroborar lesión por medio de resonancia magnética antes de autorizar y/o T.A.C.	680
ARI 6	Tornillos de Interferencia de bajo perfil en titanio. Se utilizan para la reconstrucción de lesiones de los ligamentos laterales de la rodilla, en cirugías a cielo abierto.	370
ARI 7	Suturas Meniscales (Arrows, flechas): Se utilizan para la reparación de heridas meniscales. Solo e justifica su autorización en pacientes MENORES de 30 años de intensa actividad deportiva, con heridas en zona suturable, es decir en zona menisco capsular o zona roja meniscal. Pedir resonancia previa. Existen diferentes métodos de sutura que no hacen necesario la utilización de sistemas específicos. Cuando la lesión justifique su utilización, no debe autorizarse más de tres suturas. No debe aceptarse el pedido por "set", ya que se utiliza por unidad.	263
ARI 8	Arpones TITANIO: Existen de 3 y 5 Mm. con suturas de alta resistencia simple o doble.	488
ARI 9	Arpones BIODEGRADABLE: Existen de 3 y 5 Mm. con suturas de alta resistencia simple o doble. Hasta 35 años.	675
ARI 10	GRAPA DE CUALQUIER TIPO TAMAÑO Y MATERIAL (TITANIO/ REABSORVIBLE) PARA HUESOS LARGOS O CORTOS.	300
ARI 11	REEMPLAZO LIGAMENTARIO ARTICULAR.	2.625

ARTROSCOPIA DE HOMBRO		
<p>La autorización de insumos de hombro importados es para pacientes menores de 50 años en titanio y menores de 35 años biodegradables.</p> <p><b>Indicaciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Luxación Recidivante de Hombro. Inestabilidad.</li> <li>▪ Lesiones del Bíceps. SLAP.</li> <li>▪ Lesiones del Manguito Rotador. Supraespinoso.</li> <li>▪ Hombro Congelado.</li> <li>▪ Cuerpos libres intraarticulares.</li> <li>▪ Acromioplastia.</li> <li>▪ Otras.</li> </ul>		
		U\$\$
AHI 1	Arpones TITANIO: Existen de 3 y 5 mm con suturas de alta resistencia simple o doble. Se utilizan tanto para las inestabilidades como para lesiones del manguito rotador.	488
AHI 2	Arpones BIODEGRADABLE: Existen de 3 y 5 Mm. con suturas de alta resistencia simple o doble. Se utilizan tanto para las inestabilidades como para lesiones del manguito rotador	675
TRAUMA		
<p>Constituyen urgencias quirúrgicas. De acuerdo al patrón del trazo de fractura, podremos clasificarlas en Estables e Inestables. Del tipo de fractura y de su estabilidad, dependerá la indicación del insumo a utilizar.</p> <p><b>SU AUTORIZACIÓN SOLO SERÁ JUSTIFICADA EN PACIENTES MENORES DE 70 AÑOS.</b></p>		
		U\$\$
OSI 1	CLAVO PLACA DESLIZANTE (DHS Y DCS). Cualquier variedad.	1.200
OSI 2	PLACA SYSTEM (PLACA CABLE). Cualquier variedad.	2.400

OSI 3	CLAVOS ENDOMEDULARES/ PLACAS/ CLAVO PLACA PEDIÁTRICOS (INCLUYE A TODO AQUEL DESTINADO A LA REDUCCIÓN Y TRATAMIENTO DE FRACTURAS DE HUESOS LARGOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.)	2.900
OSI 4	CLAVOS ENDOMEDULARES ACERROJADOS DE ACERO (INCLUYE FÉMUR, TIBIA Y HUMERO), ANTEROGRADO O RETROGRADO. CUALQUIER VARIANTE QUE REUNA CARACTERÍSTICA DE CLAVO ENDOMEDULAR ESTARÁ INCLUIDO EN ESTE CÓDIGO.	2.100
OSI 5	CLAVOS ENDOMEDULARES DE TITANIO ACERROJADOS O MULTIACERROJADO (INCLUYE FÉMUR, TIBIA Y HUMERO.), RETRÓGRADOS Y ANTEROGRADOS. CUALQUIER VARIANTE QUE REUNA CARACTERÍSTICA DE CLAVO ENDOMEDULAR ESTARÁ INCLUIDO EN ESTE CÓDIGO.	2.300
OSI 6	CLAVOS ENDOMEDULARES ELÁSTICOS.	770
OSI 7	TONILLOS CORTICALES, ESPONJOSA Y MALEOLARES (TODOS LOS DIÁMETROS Y LARGOS.)	30
OSI 8	TORNILLO CANULADO CORTICALES, MALEOLARES, ESPONJOSA, DOBLE ROSCA, ROSCA COMPLETA (DE 2.4, 2.5, 2.7 MM) Incluye Herbert o Barouk. Twist off	595
OSI 9	TORNILLO CANULADO CORTICALES, MALEOLARES, ESPONJOSA, DOBLE ROSCA Y ROSCA COMPLETA. (DE 3.5 Y HASTA EL DE MAYOR DIÁMETRO)	160
OSI 10	PLACA DE OSTEOSINTESIS DE BAJO PERFIL EN TITANIO CON TORNILLOS. (INCLUYE TODAS LAS MEDIDAS Y FORMAS T,L Y, ETC) CUALQUIER VARIANTE QUE REUNA LAS CARACTERÍSTICAS DE OSTEOSINTESIS ESTARÁ INCLUIDO EN ESTE CÓDIGO.	833

OSI 11	PLACA DE OSTEOSINTESIS DE TITANIO BLOQUEADAS CON TORNILLOS (INCLUYE TODAS LAS MEDIDAS Y FORMAS T,L,Y, ETC.) INCLUYE PLACAS ANATÓMICAS.	2.720
OSI 12	PLACA PARA OSTETOMIAS CON TORNILLOS (INCLUYE TODAS LAS MEDIDAS Y CARACTERÍSTICAS QUE SE COMERCIALIZAN EN MERCADO.)	1.400
OSI 13	ARANDELAS Y BULONES. (INCLUYE TODAS LAS MEDIDAS).	51
OSI 14	PLACAS DE RECONSTRUCCIÓN / MINIPLACAS, TITANIO O REABSORVIBLE CON TORNILLOS (INCLUYE TODAS LAS MEDIDAS, FORMAS Y CANTIDAD DE ORIFICIOS)	1.400
OSI 15	MALLA DE TITANIO	2.580
OSI 16	PECHERA Y HALO DE TRACCIÓN CEFÁLICA	3.400
OSI 17	SISTEMA RETROESTERNAL	7.100
OSI 18	SISTEMA PARA CORRECCIÓN DE PIE PLANO. INCLUYE TODOS LOS ELEMENTOS DEL MERCADO CUYO FIN ES EL TRATAMIENTO DEL PIE PLANO (PLACAS, TONILLOS, GRAPAS, ETC., CUALQUIER ELEMENTO DESTINADO A ESTE TRATAMIENTO DEBE SER CODIFICADO	765
OSI 19	MINITORNILLOS DE TITANIO (CUALQUIER CARACTERÍSTICA Y MEDIDA)	112
<b>TUTORES EXTERNOS</b>		
SU UTILIZACIÓN DEBERÁ SER POR UN LAPSO SUPERIOR A LOS 20 DÍAS.		
		U\$S
TI 1	TUTORES EXTERNOS MONOPLANARES (INCLUYE FÉMUR TIBIA FÉMUR Y CUALQUIER HUESO LARGO)	3.500
TI 2	TUTOR DINÁMICO BIPLANAR O MULTIPLANAR. (INCLUYE TODAS LAS INDICACIONES DE REGIONES ANATÓMICAS.)	4.200

TI 3	TUTOR EXTERNO TUBULAR. (INCLUYE TODAS LAS INDICACIONES DE REGIONES ANATÓMICAS).	4.900
<b>IMPLANTES PARA PATOLOGÍA DEGENERATIVA DE PEQUEÑAS ARTICULACIONES</b>		
U\$S		
MI 1	PRÓTESIS METACARPO-FALANGICA	1.540
MI 2	PRÓTESIS TRAPECIO-METACARPIANA.	2.100
<b>INJERTOS SINTÉTICOS</b>		
U\$S		
SOI 1	SUSTITUTO OSEO.MATRIZ OSTEOCONDUCTIVA, OSTEOESTIMULADOR. CON INDICACIÓN EXCLUSIVA EN ZONAS RECEPTORAS DE AMPLIA NECESIDAD DE INJERTO QUE DEBA COMBINARSE CON HUESO AUTOLOGO O HUESO DE BANCO, DE NO PRESENTAR ESTAS CARACTERÍSTICAS NO SE AUTORIZARA. NO SE AUTORIZARA EN CRANEOPLASTIA.	1800
<b>INSTRUMENTAL DE COLUMNA</b>		
(El sistema de desrotación será en calidad de préstamo para las cirugías de escoliosis).		
U\$S		
COI 1	INSTRUMENTAL DE COLUMNA PARA ARTRODESIS HASTA TRES NIVELES. Sistema diseñado para anclarse al pedículo y al cuerpo y que puede solidarizarse en forma multipunto a través de barras. Incluye sistema domino para transición entre bararas de diferentes tamaños. Origen: Solo se acepta indicación de importado en patología pediátrica. POR ENCIMA DE LOS 65 AÑOS SE AUTORIZARA DE ORIGEN NACIONAL.	4.760

COI 2	INSTRUMENTAL DE COLUMNA PARA ARTRODESIS DOS TONILLOS PEDICULARES. (DEBERÁ CONJUGARSE ESTE CÓDIGO AL OCOI 1 DEPENDIENDO LOS NIVELES A ARTRODESAR.) Sistema diseñado para anclarse al pedículo y al cuerpo y que puede solidarizarse en forma multipunto a través de barras. POR ENCIMA DE LOS 65 AÑOS SE AUTORIZARA DE ORIGEN NACIONAL.	1.120
COI 3	CELDA, PLIF, TLIF La indicación es en artrodesis circunferencial de 360 grados. Uno por nivel es suficiente para la resolución de la patología, el uso de dos por nivel debe ser bien justificado. POR ENCIMA DE LOS 65 AÑOS SE AUTORIZARA DE ORIGEN NACIONAL.	1.445
COI 4	ALIF. La indicación es en artrodesis circunferencial de 360 grados. Uno por nivel es suficiente para la resolución de la patología, el uso de dos por nivel debe ser bien justificado. POR ENCIMA DE LOS 65 AÑOS SE AUTORIZARA DE ORIGEN NACIONAL.	1.445
COI 5	REEMPLAZO VERTEBRAL CERVICAL FIJO O EXPANSIBLE. Mesh	2.000
COI 6	REEMPLAZO VERTEBRAL DORSAL Y LUMBAR FIJO O EXPANSIBLE	2.625
COI 7	SISTEMA DE FIJACIÓN CERVICAL POR VIA ANTERIOR. (PLACA Y / O TORNILLOS), INCLUYE TODOS LOS NIVELES. POR ENCIMA DE LOS 65 AÑOS SE AUTORIZARA DE ORIGEN NACIONAL.	4.760
COI 8	SISTEMA DE FIJACIÓN CERVICAL VIA POSTERIOR. (PLACA Y/ O TORNILLOS), INCLUYE TODOS LOS NIVELES POR ENCIMA DE LOS 65 AÑOS SE AUTORIZARA DE ORIGEN NACIONAL.	4.760

COI 9	SET DE VERTEBROPLASTIA. La vertebroplastia percutánea es la inyección de un cemento de polimetil-metacrilato (PMMA) en el interior de un cuerpo vertebral frágil o fracturado, con lo que se consigue dar una mayor fuerza y estabilidad a la vértebra, evitando la progresión del colapso y el dolor. La principal indicación de la vertebroplastia es el tratamiento del dolor producido por el colapso de un cuerpo vertebral en los casos de las fracturas aplastamiento por osteoporosis y las lesiones osteolíticas metastásicas que afectan los cuerpos vertebrales. Presenta como dificultad la difícil cuantificación del nivel de presión generado en forma manual, que puede ocasionar un extravasación del cemento hacia estructuras nobles.	3.120
COI 10	NIVEL ADICIONAL POR NIVEL DE VERTEBROPLASTIA (POR NIVEL)	1.100
COI 11	SET DE CIFOPLASTIA CON BALÓN, HIDRÁULICO,RADIOFRECUENCIA, EXPANSIVO Y/O CONTENIDO Tiene balón y con este se labra cavidad en vértebra que brinda mayor seguridad. No existe el riesgo de derrame de acrílico hacia estructuras nobles. Indicado en fracturas vertebrales, osteoporosis, tumores, mieloma,etc. SOLO EXISTE DE ORIGEN IMPORTADO.	9.840
COI 12	NIVEL ADICIONAL POR NIVEL DE CIFOPLASTIA (POR NIVEL)	3.280
COI 13	HALO CERVICOCCIPITAL. Patologías de muy baja incidencia a saber:	6.630
<p><b>Inestabilidades de la región occipitocervical y la columna cervical superior:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Artritis reumatoide</li> <li>▪ Malformaciones</li> <li>▪ Inestabilidades postraumáticas</li> <li>▪ Tumores</li> <li>▪ Infecciones</li> </ul> <p><b>Inestabilidades de la columna cervical baja:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inestabilidades postraumáticas</li> <li>▪ Tumores</li> <li>▪ Inestabilidades yatrógenas (p. ej.: laminectomías)</li> </ul> <p>SOLO DE ORIGEN IMPORTADO.</p>		

		U\$\$
COI 14	<p>ESPACIADOR INTERESPINOSO / DISTRACTOR (TITANIO, PEEK, SILICONA, HIBRIDOS, ETC) PARA CUALQUIER NIVEL, INCLUSIVE L5-S1</p> <p><b>Sus indicaciones son:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estenosis lumbares (disminución del diámetro del canal medular)</li> <li>▪ Dolor lumbar de origen discal (enfermedad discal degenerativa)</li> <li>▪ Inestabilidad monosegmentaria</li> <li>▪ Discectomías (extirpación de la hernia discal) tras una recidiva de la hernia discal</li> <li>▪ Discectomías con hernias discales masivas que conducen a una reducción sustancial del material discal lumbar.</li> <li>▪ Degeneración discal en el nivel adyacente a una artrodesis previa de L3 a L5</li> <li>▪ La utilización de más de dos interespinosos se encuentra contraindicada.</li> </ul>	4.200
POR ENCIMA DE LOS 65 AÑOS SE AUTORIZARA DE ORIGEN NACIONAL.		
COI 15	<p>REEMPLAZOS DISCALES. SOLO AUTORIZADOS EN PACIENTES MENORES DE 55 AÑOS, DISCOS VOLUMINOSOS CON ELECTROMIOGRAMA POSITIVO ÚNICAMENTE EN ESOS NIVELES, EN AUSENCIA DE DISCOPATIAS MÚLTIPLES, DISCARTROSIS, INESTABILIDAD VERTEBRAL, LESIÓN RADICULAR DE VARIOS NIVELES Y SIN ALTERACIÓN FACETARIA. SE AUTORIZAN HASTA DOS NIVELES DE ACUERDO A PROTOCOLOS INTERNACIONALES. CONTRAINDICADO SU IMPLANTACIÓN LUMBAR.</p>	7.600
POR ENCIMA DE LOS 65 AÑOS SE AUTORIZARA DE ORIGEN NACIONAL.		
COI 16	<p>COLUMNA PARA ESCOLIOSIS PEDIÁTRICA MAS DE 10 NIVELES</p>	24.800
COI 17	<p>BARRA Y TORNILLOS PEDICULARES PEDIÁTRICO DE BAJO PERFIL HASTA 5 NIVELES</p>	16.000

COI 18	UN NIVEL DE BARRA Y TORNILLOS PEDICULARES PEDIÁTRICOS. (DEBERÁ SER COMPLEMENTO DEL OCOI 14)	1.600
COI 19	DTT O PUENTE PARA COLUMNA.	586
COI 20	PUNTA DE RADIOFRECUENCIA PERCUTANEA	2.240
COI 21	PUNTA DE RADIOFRECUENCIA ENDOSCOPICA	3.680
<b>MISCELÁNEAS</b>		
		U\$S
CEI 1	CEMENTO QUIRÚRGICO CON Y SIN ANTIBIÓTICO.	125
<p>Todas las patologías tienen diferentes metodologías de resolución con resultados óptimos, quedando a consideración de esta auditoría la evaluación de costo-beneficio y costo-efectividad de una indicación en virtud de protocolos científicos internacionales y nacionales.</p>		
OH	HEMOSUCTOR. INCLUIDO EN INSTRUMENTAL	
<b>CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA</b>		
<b>PRÓTESIS VASCULARES PTFE</b>		
<b>PARED STANDARD</b>		
		U\$S
VP 1	30 CM	600
VP 2	40 CM	650
VP 3	50 CM	850
VP 4	60 CM	1.000
VP 5	70 CM	847
VP 6	80 CM	946
VP 7	ANILLADA X 70 CM DE LARGO	1.320

VP 8	ANILLADA X 80 CM DE LARGO	1.430
VP 9	ANILLADA CON 50 CM DE ANILLOS X 80 CM	1.562
<b>PARED FINA</b>		
VP 10	ANILLADA X 70 CM	1.309
VP 11	3,5 MM X 15 CM	407
VP 12	40 CM	649
VP 13	60 CM	946
VP 14	70 CM	1.067
VP 15	80 CM	1.210
VP 18	CÓNICA X 70 CM	880
<b>PARED STANDARD CÓNICAS</b>		
VP 16	70 CM	880
VP 17	50 CM (DIÁLISIS)	847
<b>PARED STANDARD STRETCH</b>		
VP 19	12-14-16 MM X 40 CM RECTA	1.540
VP 20	18-20-22 MM X 20 CM RECTA	726
VP 21	20-22-24 MM X 30 CM RECTA	1.023
VP 22	ANILLADA X 70 CM	1.397
VP 23	ANILLADA 50 CM X 70 CM	1.551
<b>PARED ESTÁNDAR CON LIBERACIÓN DE HEPARINA</b>		
VP 24	40 CM	1.400
VP 25	80 CM	2.200

VP 26	ANILLADA 70 CM	2.800
VP 27	ANILLADA 80 CM	3.200
<b>WOVEN POROSIDAD CONTROLADA</b>		
VD 1	40 CM	350
VD 2	60 CM	550
VD 4	BIFURCADA 12/22 MM DE DIÁMETRO X 45/55 CM DE LONGITUD	680
<b>KNITTED DOBLE VELOUR</b>		
VD 5	60 CM	760
VD 6	BIFURCADA 12/22 MM DE DIÁMETRO X 45/55 CM DE LONGITUD	760
<b>POROSIDAD "0"</b>		
VD 3	60/70 CM DE LONGITUD	750
VD 7	BIFURCADA 12/22 MM DE DIÁMETRO X 45/55 CM DE LONGITUD	820
VD9	CON GELATINA O COLÁGENO RECTA CON SOPORTE	671
VD 10	8/28 MM DE DIÁMETRO X 30 CM LONGITUD	600
VD 11	14/24 MM DE DIÁMETRO X 15 CM DE LONGITUD	530
VD 12	30/34 MM DE DIÁMETRO X 30 CM LONGITUD	780
<b>SHUNT Y CATÉTERES</b>		
VSH	SHUNT CARORÍDEO	500
VB 1	BALÓN PARA CONTRAPULSACIÓN AÓRTICA	1.500
VB 2	CATÉTER BALÓN PARA EMBOLECTOMÍA/ ANGIOGRAFÍA/FOGARTY 3/7 FR	100
VB 3	FOGARTHY 3 -4-5-6-7-FR X 80	85
VF 1	FILTRO VENA CAVA VÍA FEMORAL	2.000

VF 2	FILTRO VENA CAVA VÍA SUBCLAVIA	2.150
VVTD	VALVULOTOMO DESCARTABLE	800
<b>CARDIOLOGÍA</b>		
<b>CATÉTERES PARA MARCAPASOS</b>		
		U\$\$
CM 1	VENTRICULAR ESPICULADO CON SENSADO AURICULAR TRIPOLAR O CUADRIPOlar	927
CM 2	VENTRICULAR ESPICULADO	500
CM 3	AURICULAR/VENTRICULAR DE FIJACIÓN ACTIVA	500
CM 5	VENTRICULAR/AURICULAR LIBERACIÓN ESTEROIDES, EXTRAFINO, FRACTAL,ETC	600
CM 6	CATÉTER PARA VDD Y VDD-R TRI Y CUATRIPOlar	900
CM 7	EPICARDICO UNIPOLAR	650
CM 24	EPICARDICO BIPOLAR	900
CM 8	INTRODUCTOR PARA CATÉTERES DE MARCAPASOS PEEL AWAY	100
CM25	SET DE VAINAS Y EXTRACTOR PARA CATÉTER DE MARCAPASOS	1.510
CM 26	CATÉTER VENTRICULAR PARA CARDIODESFIBRILADOR DE FIJACIÓN ACTIVA/ PASIVA	2.200
<b>MARCAPASOS CON CATÉTERES</b>		
		U\$\$
CM 11	MODO DDD CON CATÉTERES STANDARD	3.000
CM 12	MODO DDD-R CON CATÉTERES STANDARD	3.700
CM 13	MULTIPROGRAMABLE MODO VDD CON CATÉTER ÚNICO	3.700

CM 14	MODO VDD-R	3.600
CM 15	MODO VVI CON CATÉTER STANDARD	1.650
CM 16	MODO VVI-R CON CATÉTER STANDARD	2.350
<b>MARCAPASOS PARA RECAMBIO SIN CATÉTERES</b>		
U\$S		
CM 18	MODO DDD	2.750
CM 19	MODO DDD-R	3.300
CM 20	MODO VDD	3.520
CM 21	MODO VDD-R	3.300
CM 22	MODO VVI	1.400
CM 23	MODO VVI-R	2.100
<b>CARDIODESFIBRILADORES</b>		
U\$S		
CD 1	MODO VVI	18.000
CD 2	MODO DDD/DDD-R	21.500
CD 3	MODO VVI-R	20.000
CD 4	RESINCRONIZADOR CARDÍACO CON 3 CATÉTERES (INCLUYE CATÉTER SENO CORONARIO)	9.500
CD 5	CARDIODESFIBRILADOR CON RESINCRONIZADOR	23.500
<b>CIRUGÍA CARDIACA</b>		
<b>VÁLVULAS CARDIACAS</b>		
U\$S		
CV 1	MECÁNICA BIVALVA MITRAL STANDARD	2.000
CV 2	MECÁNICA BIVALVA AÓRTICA STANDARD	2.000

CV 3	MECÁNICA BIVALVA AÓRTICA /MITRAL REDUCIDA	2.300
CV 4	MECÁNICA BIVALVA AÓRTICA /MITRAL SUPRAANULAR	2.650
CV 5	MECÁNICA A DISCO OSCILANTE AÓRTICA	1.433
CV 6	MECÁNICA A DISCO OSCILANTE MITRAL	1.433
CV 7	TUBO VALVULADO CON VÁLVULA BIVALVA	3.700
CV 8	BIOLÓGICA DE BOVINO	2.300
CV 9	BIOLÓGICA DE PORCINO	1.400
CV 13	BIOLÓGICA PORCINA CON TTO. ANTICALCICO	3.200
CV 10	BIOLÓGICA SIN STENT	2.200
CV 11	ANILLO PARA ANULOPLASTÍA	1.150
CV 12	TUBO VALVULADO CON VÁLVULA BIVALVA Y PRÓTESIS DE VALSALVA	4.500
<b>PARCHES</b>		
		U\$S
CP 1	PARCHE CAROTIDEO	350
CP 2	PARCHE CARDIOVASCULAR EN PTFE	450
CP 3	PARCHE SUSTITUTO DE PERICARDIO DE PTFE 6 CM X 12 CM	480
CP 4	PARCHE SUSTITUTO DE PERICARDIO DE PTFE 12 CM X 12 CM	960
CP 5	PARCHE CARDIOVASCULAR DE DACRON POROSIDAD "0" X 7,5 CM	552
CP 6	PARCHE CARDIOVASCULAR DE DACRON POROSIDAD "0" X 10 CM	671
CP 7	COLA BIOLÓGICA	500

CP 8	SELLADOR HEMOSTÁTICO	900
<b>HEMODYNAMIA</b>		
<b>STENTS</b>		
		U\$S
CS 1	STENT PERIFÉRICO MONTADO	1.100
CS 2	STENT PERIFÉRICO AUTOEXPANDIBLE/ TERMOEXPANDIBLE	1.450
CS 5	STENT CORONARIO MONTADO	680
CS 15	STENT CAROTÍDEO	1.600
CS 12	STENT PARA COARTACIÓN DE AORTA / CP STENT PARA OBSTRUCCIÓN DE ARTERIAS PULMONARES	6.200
CS 16	STENT GRAFT PERIFÉRICO	4.000
CS 24	STENT RENAL	1.400
CS 27	STENT CORONARIO CON LIBERACIÓN DE DROGAS ANTITROMBOGÉNICAS	2.520
CS 29	STENT INTRACEREBRAL	4.000
CS 32	STENT SORONARIO CON LIBERACIÓN DE OXIDO NITROSO	2.350
<b>ENDOPRÓTESIS</b>		
		U\$S
CS 11	ENDOPRÓTESIS PERIFÉRICA AUTOEXPANDIBLE DE 5 CM DE LONGITUD	1.800
CS 13	ENDOPRÓTESIS PERIFÉRICA AUTOEXPANDIBLE DE 10 CM DE LONGITUD	1.800
CS 14	ENDOPRÓTESIS PERIFÉRICA AUTOEXPANDIBLE DE 15 CM DE LONGITUD	1.800
CS 19	DISPOSITIVO OCLUSOR PARA COMUNICACIÓN INTERAURICULAR	11.200

CS 20	DISPOSITIVO OCLUSOR PARA CIERRE DE DUCTUS PERMEABLE	6.500
CS 21	COIL FIBRADO PARA CIERRE DE DUCTUS	2.178
CS 22	ENDOPRÓTESIS AORTO BILÍACA AUTOEXPANDIBLE CON UNA EXTENSIÓN	14.580
CS 23	SISTEMA DE PROTECCIÓN CEREBRAL	2.100
CS 25	EXTRACTOR DE TROMBOS	1.300
CS 26	SISTEMA PARA TRATAMIENTO DE LESIONES DE BIFURCACIÓN CORONARIA	2.500
CS 28	EXTENSIÓN DE ENDOPROTESIS PARA AAA	3.800
CS 30	ENDOPRÓTESIS AÓRTICA TORÁCCICA AUTOEXPANDIBLE	18.000
CS 31	ENDOPRÓTESIS AORTO MONO ILÍACA AUTOEXPANDIBLE CON UNA EXTENSIÓN	12.500
ABRF	CATÉTER ABLACION RADIOFRECUENCIA (INCLUYE ALQUILER DE EQUIPO)	3.300
SOLO PARA LOS CASOS DE CIRUGÍA A CIELO ABIERO (REEMPLAZOS VALVULARES)		
<b>ONCOLOGÍA</b>		
		U\$S
SI 1	CATÉTER PORTAL IMPLANTABLE PARA ADMINISTRACIÓN DE DROGAS EN POLISULFONA O SILICONA ADULTO	330
SI 2	CATÉTER PORTAL IMPLANTABLE PARA ADMINISTRACIÓN DE DROGAS EN TITANIO ADULTO	280
SI 3	CATÉTER PORTAL IMPLANTABLE PARA ADMINISTRACIÓN DE DROGAS EN POLISULFONA O SILICONA PEDIÁTRICO	330
SI 4	CATÉTER PORTAL IMPLANTABLE PARA ADMINISTRACIÓN DE DROGAS EN TITANIO PEDIÁTRICO	280

SI 5	SET INTRODUTOR PARA CATÉTER IMPLANTABLE	140
SI 6	CATÉTER SEMIIMPLANTABLE SIMPLE LUMEN	260
SI 7	CATÉTER SEMIIMPLANTABLE DOBLE LUMEN	400
SI 8	SET DE INFUSIÓN CON AGUJA TIPO HUBER	60
SI 11	CATÉTER PICC	250
SI 12	CATÉTER DOBLE LUMEN PARA HEMODIÁLISIS TEMPORARIO	100
SI 13	CATÉTER DOBLE LUMEN PARA HEMODIÁLISIS PERMANENTE	520
<b>OTORRINOLARINGOLOGÍA</b>		
		U\$S
RL 1	SPLINT NASAL PARA TABIQUE EN SILICONA	200
RL 2	CATÉTER PARA EPISTAXIS EN SILICONA	220
RL 3	BOTÓN SEPTAL EN SILICONA	390
RL 4	PRÓTESIS DE VOZ	1.500
RL 5	STENT TRAQUEO BRONQUIAL EN SILICONA	1.800
RL 6	STENT TRAQUEO BRONQUIAL EN ACERO Y SILICONA	2.200
RL 7	VÁLVULA FONATORIA TRAQUEOESOFAGICA	410
RL 8	VÁLVULA FONATORIA LARGA DURACIÓN	930
RL 9	IMPLANTE PARA TIROPLASTIA	2.320
RL 10	TUBO MODELO MONTGOMERY	1.200

<b>CIRUGÍA GENERAL</b>		
<b>SUTURAS MECÁNICAS</b>		
		U\$S
GS 1	CIRCULAR	870
GS 2	LINEAL CORTANTE 75 MM	750
GS 3	LINEAL CORTANTE 55 MM	660
GS 4	RECARGA 75 MM	540
GS 5	RECARGA 55 MM	490
GS 6	LINEAL ARTICULABLE	1.050
GS 7	LINEAL 30 MM	820
GS 8	LINEAL 55/60 MM	820
GS 9	LINEAL 90 MM	820
GS 10	RECARGA 30 MM	390
GS 11	RECARGA 55/60 MM	390
GS 12	RECARGA 90 MM	390
GS 13	LINEAL CORTANTE ENDOSCÓPICA ARTICULABLE 35 MM	1.100
GS 14	LINEAL CORTANTE ENDOSCÓPICA ARTICULABLE 45 MM	790
GS 15	RECARGA ENDOSCOPICA 35 MM	690
GS 16	RECARGA ENDOSCOPICA 45 MM	690
GS 17	LINEAL CORTANTE ENDOCOPICA	1.000
GS 18	RECARGA LINEAL CORTANTE ENDOCOPICA 30-35	690
GS 19	RECARGA LINEAL CORTANTE ENDOCOPICA 45-60	690

GS 20	SUTURA LINEAL CORTANTE CURVA CONTOUR	1.100
GS 21	RECARGA PARA SUTURA MECÁNICA LINEAL CORTANTE CURVA	820
GS 22*	INSTRUMENTO DE CORTE Y COAGULACIÓN	1.390
* Para esófago, colon, riñón y órganos sólidos, por vía laparoscópica		
GS 23	BISTURÍ ARMÓNICO (SOLO PARA BAZO, HÍGADO, SUPRERENALES)	1.500
GS 24	SUTURA, PARA HERNIAS INGUINALES Y/O CRURALES BILATERALES, EVENTRACION(SOLO PARA VIA LAPAROSCOPICA)	1.100
<b>MALLAS DE REFUERZO DE PARED</b>		
<b>ÁCIDO POLIGLICOLICO</b>		
		U\$S
GM 1	15 CM X 15 CM	195
GM 4	30 CM X 30 CM	320
<b>NYLON MULTIFILAMENTO</b>		
		U\$S
GM 2	15 CM X 15 CM	185
GM 3	30 CM X 30 CM	310
GM 5	7,5 CM X 15 CM	150
<b>PARCIALMENTE REABSORVIBLE</b>		
		U\$S
GM 9	30 CM X 30 CM	310
GM 11	15 CM X 15 CM	240
GM 12	10 CM X 15 CM	195
GM 13	6 CM X 15 CM	180

GM 14	MALLA DE POLIPROPILENO MACROPOROSO 10 X 15	520
GM 15	MALLA DE POLIPROPILENO MACROPOROSO 25 X 25	1.000
<b>MALLA DUAL PARA COLOCACIÓN EN CONTACTO CON LOS ÓRGANOS</b>		
		U\$S
GM 16	CUADRADA 15 X 15	580
GM 17	OVALADA 20X25	1.650
GM 18	RECTANGULAR 5 X10	315
GM 19	RECTANGULAR 10X20	590
GM 20	RECTANGULAR 20X30	1.650
GM 21	CUADRADA 30,5X30,5	2.460
GM 22	RECTANGULAR 7,5X15	380
<b>PARCHE DOBLE FAZ</b>		
		U\$S
GP 1	10 CM X 15 CM	570
GP 2	15 CM X 20 CM	1.230
GP 3	20 CM X 30 CM	2.000
GP 5	PRÓTESIS PARA REPARACIÓN DE HERNIA HIATAL	1.650
GP 6	PARCHE DOBLE FAZ POLIPROPILENO SILICONADO 14 X 15	704
GP 7	PARCHE DOBLE FAZ POLIPROPILENO SILICONADO 22 X 15 X20	1.276
GP 8	PARCHE DOBLE FAZ POLIPROPILENO SILICONADO 30 X 30 X 20	2.453

<b>POLIPROPILENO MULTIFILAMENTO DE ALTA DENSIDAD</b>		
		U\$S
GP 11	9 X 13 CM	190
GP 12	10 X 10 CM	230
GP 13	15 X 15 CM	270
GP 14	15 X 30 CM	310
GP 15	30 X 30 CM	380
GP 16	PRÓTESIS PARA TRATAMIENTO DE HERNIA INGUINAL T/ LINCHESTEIN	228
GP 17	PRÓTESIS PARA TRATAMIENTO DE HERNIA INGUINAL T/LAPAROSCOPICA	460
GP 18	PRÓTESIS PARA TRATAMIENTO DE HERNIA INGUINAL T/ LINCHESTEIN + PLUG	340
GP 19	9 X 13 CM	190
GP 20	10 X 10 CM	230
GP 21	15 X 15 CM	270
GP 22	30 X 30 CM	410
<b>GASTROENTEROLOGÍA</b>		
		U\$S
GPR 1	PRÓTESIS ESOFÁGICA AUTOEXPANDIBLE	2.650
GPR 2	PRÓTESIS ESOFAGICA SIMPLE	619
GPR 3	PRÓTESIS BILIAR AUTOEXPANDIBLE	2.300
GPR 4	PRÓTESIS BILIAR TERMOEXPANDIBLE	2.475
GPR 5	PRÓTESIS BILIAR PLÁSTICA SIN INTRODUTOR	164
GPR 6	PRÓTESIS BILIAR PLÁSTICA CON INTRODUTOR	375

GPR 7	SET DRENAJE BILIAR EXTERNO/INTERNO O EXTERNO/EXTERNO	660
GPR 8	SET PARA GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA	419
GPR 9	SET DE LIGADURAS PARA VÁRICES ESOFÁGICAS	395
GPR 10	BALÓN DILATADOR DE TUBO DIGESTIVO	483
GPR 11	BOTÓN PARA GASTROSTOMÍA	410
GPR 12	SET DE DRENAJE MULTIPROPÓSITO	660
GPR 14	SET PARA NEFROSTOMÍA	280
GPR 16	BANDA GÁSTRICA PARA TRATAMIENTO DE OBESIDAD MÓBIDA	3.100
GPR 18	SET DE MUCOSECTOMIA COLONICO/ ESOFAGICO	800
<b>CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA</b>		
		U\$S
PF 1	PRÓTESIS MAMARIA DE SILICONA LISA	850
PF 2	PRÓTESIS MAMARIA DE SILICONA TEXTURIZADA	1.000
PF 3	IMPLANTE MAMARIO DE SOLUCIÓN SALINA	1.000
PF 4	EXPANSOR TISULAR DOBLE LUMEN	1.700
PF 5	EXPANSOR TISULAR	1.400
PF 6	EXPANSOR MAMARIO	1.350
<b>UROLOGÍA</b>		
		U\$S
U 1	STENT INTRAURETRAL	5.000
U 2	STENT DOBLE PIG TAIL TEMPORARIO	383
U 3	STENT DOBLE PIG TAIL PERMANENTE	405

U 4	PRÓTESIS INTRAURETRAL DE SILICONA	450
U 5	PRÓTESIS PENEANA MALEABLE	700
U 6	CATÉTER BALÓN PARA DILATACIÓN URETRAL	585
U 7	DOSIS DE MACROPLASTIC INCONTINENCIA	1.870
U 8	DOSIS DE MACROPLASTIC REFLUJO VESICO URETERAL	1.097
U 9	GEL DE MACROPLASTIC	425
U 10	CÁNULA DE MACROPLASTIC	323
U 11	DOSIS DE MACRO PLASTIC	2.890
U 12	MALLA DE PROLENE MACROPOROSO PREFORMADO	1.765
U 13	SLING PARA INCONTINENCIA SUPRA PÚBICO	1.750
U 14	SLING PARA INCONTINENCIA TRANSOBTURADOR	2.450
<b>OFTALMOLOGÍA</b>		
		U\$S
OF 1	BOLILLA DE ENUCLEACIÓN	970
OF 2	BOLILLA DE ENUCLEACIÓN CASCARILLA	1.015
<b>NEUROCIRUGÍA</b>		
		U\$S
N 1	CATÉTER LUMBOPERITONEAL PARA SIRINGOMELIA	1.300
N 2	CATÉTER PARA VÁLVULAS VENTRICULAR/ PERITONEAL/ATRIAL	400
N 3	CEMENTO PARA CRANEOPLASTÍA	510
N 4	CONECTORES PARA VÁLVULAS	400

N 5	PRÓTESIS PARA REPARACIÓN DE DURAMADRE GRANDE	800
N 6	PRÓTESIS PARA REPARACIÓN DE DURAMADRE MEDIANA	780
N 7	PRÓTESIS PARA REPARACIÓN DE DURAMADRE PEQUEÑA	580
N 9	VÁLVULA PARA DERIVACIÓN VENTRÍCULO PERITONEAL PRESIÓN FIJA	1.400
N 10	VÁLVULA PARA DERIVACIÓN VENTRÍCULO PERITONEAL PRESIÓN AUTORREGULABLE	1.990
N 11	VÁLVULA PARA DERIVACIÓN VENTRÍCULO PERITONEAL PRESIÓN AUTORREGULABLE EXTERNAMENTE	4.500
N 12	VÁLVULA PARA DERIVACIÓN VENTRÍCULO PERITONEAL PRESIÓN VARIABLE	1.990
N 15	COILS PARA ANEURISMAS CEREBRALES ESFÉRICOS	1.000
N 16	COILS PARA ANEURISMAS CEREBRALES RECTOS	1.000
N 17	COILS PARA ANEURISMAS CEREBRALES HELICOIDALES	1.000
N 18	COILS PARA ANEURISMAS CEREBRALES	1.000
N 19	STENT CEREBRAL EXPANDIBLE POR BALÓN Y/O AUTOEXPANDIBLE	3.800
N 20	SENSOR PARA MEDICIÓN DE PRESIÓN INTRACRANEANA (incluye kit de acceso y colocación)	2.500
N 21	NEUROESTIMULADOR	31.870
N 22	SISTEMA DE CIERRE CRANEAL DE POLIMERO O TITANIO	5.200
N 23	CLIPS DE ANEURISMA	800
N 24	CATÉTER PARA VÁLVULA CON ANTIBIÓTICOS	1.200

N 25	RECAMBIO DE NEUROESTIMULADOR	18.000
N26	NEUROESTIMULADOR PARA ENF DE PARKINSON Y/O EPILPSIA	31.870
N27	BOMBA DE INFUSIÓN PARA LA ESPASTICIDAD / DOLOR hasta 40 ml PEDIÁTRICA (INCLUYE CATÉTER)	38.000
N28	BOMBA DE INFUSION PARA LA ESPASTICIDAD / DOLOR mas de 40ml ADULTOS (INCLUYE CATÉTER)	38.000
N29	CRANEOPLASTIA EN 3D PERSONALIZADAS BAJO TOMOGRAFÍA O RESONANCIA (Pacientes mayores 18 años, con defecto mayor a 8 x 8 cm o 65 cm3)	18.000

## ANEXO II

### PROTOCOLO Y NOMENCLADOR DE PRÓTESIS NACIONALES DESARROLLADO PARA OBRA SOCIAL PROVINCIAL, SEPTIEMBRE 2012.

<b>PRÓTESIS PARA REEMPLAZO DE CADERA</b>		
<b>ARTROPLASTIA PARCIAL. ( SOLO SE RECAMBIA EL COMPONENTE FEMORAL) SUS INDICACIONES SON FRACTURAS MEDIALES DE CADERA. EN PACIENTES MENORES DE 70 AÑOS EN REGULAR O MAL ESTADO GRAL. BAJA DEMANDA FUNCIONAL</b>		
		<b>PESOS</b>
CN 1	PRÓTESIS UNIPOLARES (THOMPSON)	850
CN 2	PRÓTESIS BIPOLARES (TIPO GILIBERTY)	3.700
<b>ARTROPLASTIA TOTAL. ( SE REEMPLAZAN AMBOS COMPONENTES, TANTO FEMEORAL COMO ACETABULAR)</b>		
<p><b>Sus indicaciones son:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fractura medial de cadera.</li> <li>▪ Buena demanda funcional.</li> <li>▪ Artrosis.</li> <li>▪ Artritis reumatoidea.</li> <li>▪ Artritis autoinmunes.</li> <li>▪ Necrosis aséptica de cadera.</li> <li>▪ Displasias de cadera.</li> <li>▪ Otras. (Patologías que generen una alteración anatómica de la articulación y cuyo diagnóstico sea sustentado mediante estudios complementarios.)</li> </ul>		

<p><b>Cementadas:</b> Tipo Charnley o tipo Muller. Pacientes mayor 75 años y/o pacientes sedentarios, con poca demanda o con una expectativa de vida limitada por enfermedad. Cualquier característica extra que pueda contener alguno de los componentes que integran esta prótesis quedan incluidos dentro de este código.</p> <p>Incluye diferentes diseños de tallos, anatómicos o no, modulares o no, con o sin collarete. Todas las aleaciones de material, y características de superficie. Con o sin centralizador distal. Incluye cemento de baja viscosidad y con antibiótico para cementado con pistola y tapón endomedular. Incluye todos los tipos de cotilos cementados, a excepción de los antiluxantes.</p>		
PESOS		
CN 3	PRÓTESIS TOTAL DE CADERA CEMENTADA PRIMARIA.	7.500
<p><b>Híbridas:</b> Mayores de 75 años. Normalmente se trata de tallo cementado con acetábulo impactado u atornillado. Raramente es a la inversa y en ese caso debe estar bien justificada. Cualquier característica extra que pueda contener alguno de los componentes que integran esta prótesis quedan incluidos dentro de este código.</p> <p>Incluye diferentes diseños de tallos, anatómicos o no, modulares o no, con o sin collarete. Todas las aleaciones de material, y características de superficie. Con o sin centralizador distal. Incluye cemento de baja viscosidad y con antibiótico para cementado con pistola y tapón medular. Incluye cualquier alternativa de ctilo no cementado con sus respectivos tornillos. Par de fricción metal polietileno (incluye polietileno de alto entrecruzamiento y con diferentes agregados).</p>		
PESOS		
CN 4	PRÓTESIS TOTAL DE CADERA HIBRIDA PRIMARIA.	8.900
<p><b>No Cementadas:</b> mayores de 75 años con buen estado general y alta demanda. En este caso se supone que la expectativa de vida y la demanda del paciente, hará que la prótesis sufra un desgaste y deberá ser reconvertida en el futuro. En el caso de las No Cementadas será mucha más fácil de retirar que aquellas que tienen cemento, y en el caso de la Híbridas, solo se cambia el acetábulo que originalmente es no cementado, por uno cementado. Cualquier característica extra que pueda contener alguno de los componentes que integran esta prótesis quedan incluidos dentro de este código.</p> <p>Cualquier diseño de ctilo, con sus respectivos tornillos. Cualquier material y porcentaje de recubrimiento). Par de fricción metal - polietileno incluye las diferentes aleaciones, cualquier diseño de tallo, sean de fijación proximal o distal. Alambres para cierre de osteotomía. (Incluye polietileno de alto entrecruzamiento y con diferentes agregados).</p>		

PESOS		
CN 5	PRÓTESIS TOTAL DE CADERA NO CEMENTADA PRIMARIA.	8.900
<p>Monoblock: Este tipo de prótesis es utilizada y con casi única justificación en pacientes añosos con fractura medial de cadera con patología psiquiátrica de base o enfermedades como el Parkinson, ya que reducen la posibilidad de luxaciones. En la actualidad existen sobre indicaciones de esta prótesis.</p>		
<p>Solo justificada la autorización de importada en pacientes menores de 65 años cuya patología de base condicione su uso.</p>		
<p>Cualquier característica extra que pueda contener alguno de los componentes que integran esta prótesis quedan incluidos dentro de este código.</p>		
PESOS		
CN 6	PRÓTESIS MONOBLOCK O CONSTREÑIDA	7.500
ARTROPLASTIA DE REVISIÓN DE CADERA.		
SE TRATA DEL RECAMBIO DE ALGUNO O TODOS LOS COMPONENTES.		
<p><b>Indicaciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aflojamiento Séptico.</li> <li>• Aflojamiento Mecánico.</li> <li>• Fracturas peri-protésicas.</li> <li>• Luxaciones recidivantes.</li> <li>• Osteolisis localizadas.</li> </ul> <p>En el caso de los aflojamientos sépticos, los mismos deben estar sustentados por punciones articulares.</p> <p>En caso de pacientes en mal estado general, o añosos con poca expectativa de vida, la indicación de revisión se ve limitada, y puede estar indicada el retiro del material y la realización de una artroplastia por resección tipo GILDERSTONE.</p> <p>Prótesis de Revisión: Diferentes tipos y modelos de acuerdo al caso en particular. Existen situaciones en donde se tiene como objetivo solo revisar un componente de la prótesis. En estos casos puede estar justificado la utilización de una prótesis de revisión de la misma marca que la que se va a revisar.</p> <p><i>Cualquier característica extra que pueda contener alguno de los componentes que integran esta prótesis quedan incluidos dentro de este código.</i></p>		
PESOS		
CN 7	COTILO CEMENTADO.	1.600

CN 8	COTILO NO CEMENTADO.	6.000
CN 9	PRÓTESIS TOTAL DE CADERA DE REVISIÓN CEMENTADA.	24.000
CN 10	PRÓTESIS TOTAL DE CADERA DE REVISIÓN HIBRIDA.	10.400
CN 11	PRÓTESIS TOTAL DE CADERA DE REVISIÓN NO CEMENTADA.	12.350
CN 12	ANILLOS RESTRICTORES	3.100
<p>Los mas utilizados son los tipo Bush Schnaider o Kerboul. Se utilizan cuando existe un gran déficit de stock óseo o una incontinencia a nivel del acetábulo sea tanto en el anillo acetabular o en el fondo.</p>		
<p>Espaciadores: Se utilizan para mantener la longitud del miembro, junto con anti-bióticos durante 8 a 12 semanas, hasta curar la articulación de su infección para luego colocar la prótesis de revisión.</p>		
CN 13	ESPACIADORES PARA CADERA C/ S ANTIBIÓTICO	13.000
CN 14	ESPACIADORES DE RODILLA C/ S ANTIBIÓTICO	13.000
ARTROPLASTIA NO CONVENCIONAL		
<p>Se trata de prótesis con características específicas necesarias para resolver afecciones no convencionales que generan gran destrucción ósea, las mismas relacionadas a afecciones oncológicas con buena respuesta al tratamiento y menores de 55 años. Para su autorización deberá adjuntarse estudios complementarios de diagnóstico, e informe detallado de médico oncólogo especificando la expectativa del paciente a tratar. En aquellos pacientes mayores de 55 años se evaluará si correspondiera la alternativa nacional.</p>		
<p>Cualquier característica extra que pueda contener alguno de los componentes que integran esta prótesis quedan incluidos dentro de este código.</p>		
		PESOS
CN 15	PRÓTESIS DE CADERA NO CONVENCIONALES.	26.000
ARTROPLASTIA DE RODILLA PRIMARIA		

<p><b>Indicaciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Artrosis.</li> <li>• Artritis reumatoidea.</li> <li>• Osteonecrosis.</li> <li>• Genu varo / valgo.</li> <li>• Artritis autoinmunes.</li> <li>• Otras.</li> </ul> <p><b>Insumos:</b></p> <p>Prótesis total de Rodilla: Se reemplazan los tres componentes (tibial – femoral – rotuliano) de la rodilla, aunque en algunos casos puede que por decisión del cirujano no se reemplace el componente rotuliano. Puede ocurrir que en casos de una cirugía primaria, este justificada la utilización de VÁSTAGOS y CUÑAS.</p>		
<p>Origen: Pacientes menores de 65 años IMPORTADAS</p>		
<p>PESOS</p>		
<p>RN 1</p>	<p>PRÓTESIS PARA REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA PRIMARIA (LAS CARACTERÍSTICAS DE ROTACIÓN TIBIAL O NO SE ENCUADRAN DENTRO DE ESTE CÓDIGO).</p>	<p>6.400</p>
<p>Cualquier característica extra que pueda contener alguno de los componentes que integran esta prótesis quedan incluidos dentro de este código.</p>		
<p>PESOS</p>		
<p>RN 2</p>	<p>PRÓTESIS PARA REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA PRIMARIA CON VÁSTAGOS Y CUÑAS.</p>	<p>11.700</p>
<p><i>Cualquier característica extra que pueda contener alguno de los componentes que integran esta prótesis quedan incluidos dentro de este código.</i></p>		
<p>ARTROPLASTIA DE REVISIÓN DE RODILLA</p>		
<p>Se trata de segundas cirugías, donde se cambia una prótesis por otra de revisión.</p>		
<p><b>Indicaciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aflojamiento Séptico.</li> <li>• Aflojamiento Mecánico.</li> <li>• Fracturas peri-protésicas.</li> </ul> <p><b>Insumos:</b></p> <p>Prótesis de Revisión: Diferentes tipos y modelos de acuerdo al caso en particular. En general se utilizan VÁSTAGOS , CUÑAS y SUPLEMENTOS.</p>		

		PESOS
RN 3	PRÓTESIS PARA REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA DE REVISIÓN	21.000
Cualquier característica extra que pueda contener alguno de los componentes que integran esta prótesis quedan incluidos dentro de este código.		
ARTROPLASTIA DE HOMBRO		
<p><b>Indicaciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Artrosis.</li> <li>• Artritis reumatoidea.</li> <li>• Necrosis avascular.</li> <li>• Fracturas a cuatro fragmento o luxos – fracturas.</li> <li>• Artrosis severa con lesión irreparable del manguito rotador.</li> <li>• Artritis autoinmunes.</li> <li>• Otras.</li> </ul> <p><b>Insumos:</b> Prótesis Parciales y Totales: Su elección depende del grado de compromiso de las superficies articulares .</p>		
		PESOS
HN 1	PRÓTESIS PARA REEMPLAZO TOTAL DE HOMBRO (CEMENTADAS Y NO CEMENTADAS)	10.400
<i>Cualquier característica extra que pueda contener alguno de los componentes que integran esta prótesis quedan incluidos dentro de este código.</i>		
		PESOS
HN 2	PRÓTESIS PARA REEMPLAZO PARCIAL DE HOMBRO (CEMENTADAS Y NO CEMENTADAS)	7.100
Cualquier característica extra que pueda contener alguno de los componentes que integran esta prótesis quedan incluidos dentro de este código.		
ARTROPLASTIA DE CODO		
		PESOS
GN 1	PRÓTESIS PARA REEMPLAZO CEMENTADO PRIMARIO	6.250
GN 2	PRÓTESIS PARA REEMPLAZO DE CÚPULA RADIAL	4.625

<b>ARTROSCOPIA</b>		
<p>Se trata de un procedimiento quirúrgico con finalidad terapéutica y NO DIAGNOSTICA.</p> <p>Las articulaciones en donde más frecuentemente se utiliza esta técnica son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rodilla</li> <li>• Hombro</li> <li>• Tobillo</li> </ul> <p>Menos frecuentemente, con indicaciones específicas y necesidad de justificación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muñeca</li> <li>• Codo</li> <li>• Cadera</li> </ul>		
<b>ARTROSCOPIA DE RODILLA</b>		
<p><b>Indicaciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plástica del ligamento cruzado anterior (LCA).</li> <li>• Plástica del ligamento cruzado posterior (LCP).</li> <li>• Osteocondritis.</li> <li>• Lesiones Meniscales.</li> <li>• Cuerpos libres intraarticulares.</li> <li>• Sinovitis.</li> <li>• Síndrome rotuliano.</li> <li>• Artritis séptica.</li> <li>• Fracturas hundimiento de platillo tibial.</li> <li>• Otras.</li> </ul>		
		<b>PESOS</b>
ARN 1	Sistemas Transversales, Transfixiantes y de Fijación Cortical para LCA, EN TITANIO.	5.900
ARN 2	Sistemas Transversales, Transfixiantes y de Fijación Cortical para LCA, PEEK	6.900
ARN 3	Tornillos de Interferencia (Kurosaka): Se utilizan para la reconstrucción de lesiones del LCA con tendón rotuliano. En general se utilizan DOS TORNILLOS, TITANIO.....Valor por cada uno	500
ARN 4	Tornillos de Interferencia PEEK: Se utilizan para la reconstrucción de lesiones del LCA con tendón rotuliano. En general se utilizan DOS TORNILLOS.....Valor por cada uno	1.700

ARN 5	SISTEMA DE TRANSPORTE OSTEOCONDRALE. Se utilizan para lesiones Osteocondrales de menos de 1 cm., en pacientes jóvenes (menores de 40 años). Es UNO por cirugía. Corroborar lesión por medio de resonancia magnética antes de autorizar y/o T.A.C.	2.200
ARN 6	Tornillos de Interferencia de bajo perfil en titanio. Se utilizan para la reconstrucción de lesiones de los ligamentos laterales de la rodilla, en cirugías a cielo abierto.	1.200
ARN 7	Suturas Meniscales : Se utilizan para la reparación de heridas meniscales. Solo e justifica su autorización en pacientes MENORES de 30 años de intensa actividad deportiva, con heridas en zona suturable, es decir en zona menisco capsular o zona roja meniscal. Pedir resonancia previa. Existen diferentes métodos de sutura que no hacen necesario la utilización de sistemas específicos. Cuando la lesión justifique su utilización, no debe autorizarse más de tres suturas. No debe aceptarse el pedido por "set", ya que se utiliza por unidad.	1.100
ARN 8	Arpones TITANIO: Existen de 3 y 5 Mm. con suturas de alta resistencia simple o doble.	1.980
ARN 9	Arpones Peek: Existen de 3 y 5 Mm. con suturas de alta resistencia simple o doble.	2.800
<b>ARTROSCOPIA DE HOMBRO</b>		
LA AUTORIZACIÓN DE INSUMOS DE HOMBRO IMPORTADOS ES PARA PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS EN TITANIO Y MENORES DE 35 AÑOS BIODEGRADABLES.		
<p><b>Indicaciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Luxación Recidivante de Hombro. Inestabilidad.</li> <li>• Lesiones del Biceps. SLAP.</li> <li>• Lesiones del Manguito Rotador. Supraespinoso.</li> <li>• Hombro Congelado.</li> <li>• Cuerpos libres intraarticulares.</li> <li>• Acromioplastia.</li> <li>• Otras.</li> </ul>		

PESOS		
AHN 1	Arpones TITANIO: Existen de 3 y 5 Mm. con suturas de alta resistencia simple o doble. Se utilizan tanto para las inestabilidades como para lesiones del manguito rotador.	1.980
AHN 2	Arpones Peek: Existen de 3 y 5 Mm. con suturas de alta resistencia simple o doble. Se utilizan tanto para las inestabilidades como para lesiones del manguito rotador	2.800
<b>TRAUMA</b>		
Constituyen urgencias quirúrgicas. De acuerdo al patrón del trazo de fractura, podremos clasificarlas en Estables e Inestables. Del tipo de fractura y de su estabilidad, dependerá la indicación del insumo a utilizar.		
PESOS		
OSN 1	CLAVIJA DE KIRCHNER ( todos los diámetros)	65
OSN 2	ALAMBRE QUIRÚRGICO	104
OSN 3	CLAVO TIPO RUSH	195
OSN 4	CLAVO TIPO ENDER O SIMILARES	390
OSN 5	CLAVO TIPO STEIMANN	65
OSN 6	CLAVO PLACA DESLIZANTE ( DHS Y DCS ).	2.860
OSN 7	PLACA CABLE	7.540
OSN 8	CLAVOS ENDOMEDULARES/ PLACAS/ CLAVO PLACA PEDIÁTRICOS ( INCLUYE A TODO AQUEL DESTINADO A LA REDUCCIÓN Y TRATAMIENTO DE FRACTURAS DE HUESOS LARGOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.)	4.420
OSN 9	CLAVOS ENDOMEDULARES ACERROJADOS DE ACERO (INCLUYE FÉMUR, TIBIA Y HUMERO), ANTEROGRADO O RETROGRADO. CUALQUIER VARIANTE QUE REUNA CARACTERÍSTICA DE CLAVO ENDOMEDULAR ESTARÁ INCLUIDO EN ESTE CÓDIGO.	4.420

OSN 10	CLAVOS ENDOMEDULARES DE TITANIO ACERROJADOS (INCLUYE FÉMUR, TIBIA Y HUMERO), RETRÓGRADOS Y ANTEROGRADOS. CUALQUIER VARIANTE QUE REUNA CARACTERÍSTICA DE CLAVO ENDOMEDULAR ESTARÁ INCLUIDO EN ESTE CÓDIGO.	4.420
OSN 11	CLAVOS ENDOMEDULARES ELÁSTICOS.	3.770
OSN 12	TONILLOS CORTICALES, ESPONJOSA Y MALEOLARES ( TODOS LOS DIÁMETROS Y LARGOS. )	85
OSN 13	TORNILLO CANULADO CORTICALES, MALEOLARES, ESPONJOSA, DOBLE ROSCA, ROSCA COMPLETA ( DE 2.4, 2.5, 2.7 MM ) Incluye Herbert o Barouk	740
OSN 14	TORNILLO CANULADO CORTICALES, MALEOLARES, ESPONJOSA, DOBLE ROSCA Y ROSCA COMPLETA. ( DE 3.5 Y HASTA EL DE MAYOR DIÁMETRO) Incluye Herbert o Barok	200
OSN 15	PLACA DE OSTEOSINTESIS DE BAJO PERFIL EN TITANIO. (INCLUYE TODAS LAS MEDIDAS Y FORMAS T,L Y, ETC ) CUALQUIER VARIANTE QUE REUNA LAS CARACTERÍSTICAS DE OSTEOSINTESIS ESTARÁ INCLUIDO EN ESTE CÓDIGO	2.340
OSN 16	PLACA DE OSTEOSINTESIS DE TITANIO BLOQUEADAS. (INCLUYE TODAS LAS MEDIDAS Y FORMAS T,L,Y, ETC.)	7.670
OSN 17	PLACA PARA OSTETOMIAS ( INCLUYE TODAS LAS MEDIDAS Y CARACTERÍSTICAS QUE SE COMERCIALIZAN EN MERCADO.)	4.550
OSN 18	ARANDELAS ( INCLUYE TODAS LAS MEDIDAS).	65
OSN 19	BULONES O GRAPAS ( INCLUYE TODAS LAS MEDIDAS)	195

OSN 20	PLACAS DE RECONSTRUCCIÓN. ( INCLUYE TODAS LAS MEDIDAS, FORMAS Y CANTIDAD DE ORIFICIOS)	2.250
OSN 21	MALLA DE TITANIO PARA REFUERZO ACETABULAR	2.500
OSN 22	PECHERA PARA HALO DE TRACCIÓN.	3.900
OSN 23	SISTEMA RETROESTERNAL	8.800
OSN 24	SISTEMA PARA CORRECCIÓN DE PIE PLANO. INCLUYE TODOS LOS ELEMENTOS DEL MERCADO CUYO FIN ES EL TRATAMIENTO DEL PIE PLANO (PLACAS, TONILLOS, GRAPAS, ETC., CUALQUIER ELEMENTO DESTINADO A ESTE TRATAMIENTO DEBE SER CODIFICADO	956
<b>TUTORES EXTERNOS</b>		
SU AUTORIZACIÓN SERÁ SOLO PARA PACIENTES MENORES DE 30 AÑOS, ACTUALMENTE EXISTEN DE ORIGEN NACIONAL DE PROBADA CALIDAD CUYO RESULTADO FINAL ES EL MISMO.		
		PESOS
TN 1	TUTORES EXTERNOS MONOPLANARES ( INCLUYE FÉMUR TIBIA FÉMUR Y CUALQUIER HUESO LARGO)	5.900
TN 2	TUTOR DINÁMICO BIPLANAR O MULTIPLANAR. ( INCLUYE TODAS LAS INDICACIONES DE REGIONES ANATÓMICAS.)	5.900
TN 3	TUTOR EXTERNO TUBULAR. (INCLUYE TODAS LAS INDICACIONES DE REGIONES ANATÓMICAS).	7.900
<b>INSTRUMENTAL DE COLUMNA.</b>		
		PESOS

CON 1	INSTRUMENTAL DE COLUMNA PARA ARTRODESIS HASTA TRES NIVELES. Sistema diseñado para anclarse al pedículo y al cuerpo y que puede solidarizarse en forma multipunto a través de barras. Origen: Solo se acepta indicación de importado en patología pediátrica. POR ENCIMA DE LOS 65 AÑOS SE AUTORIZARA DE ORIGEN NACIONAL.	15.600
CON 2	INSTRUMENTAL DE COLUMNA PARA ARTRODESIS DOS TONILLOS PEDICULARES. ( A PARTIR DE 4 NIVELES SE SOLICITARA ESTE CÓDIGO ) Sistema diseñado para anclarse al pedículo y al cuerpo y que puede solidarizarse en forma multipunto a través de barras. POR ENCIMA DE LOS 65 AÑOS SE AUTORIZARA DE ORIGEN NACIONAL.	3.900
CON 3	CELDAS, PLIF, TLIF (EN TITANIO) La indicación es en artrodesis circunferencial de 360 grados. Uno por nivel es suficiente para la resolución de la patología, el uso de dos por nivel debe ser bien justificado. POR ENCIMA DE LOS 65 AÑOS SE AUTORIZARA DE ORIGEN NACIONAL.	3.400
CON 4	CELDAS, PLIF, TLIF ( EN PEEK) La indicación es en artrodesis circunferencial de 360 grados. Uno por nivel es suficiente para la resolución de la patología, el uso de dos por nivel debe ser bien justificado. POR ENCIMA DE LOS 65 AÑOS SE AUTORIZARA DE ORIGEN NACIONAL.	4.200
CON 5	ALIF. La indicación es en artrodesis circunferencial de 360 grados. Uno por nivel es suficiente para la resolución de la patología, el uso de dos por nivel debe ser bien justificado. POR ENCIMA DE LOS 65 AÑOS SE AUTORIZARA DE ORIGEN NACIONAL.	4.200
CON 6	PLACAS DE FIJACIÓN CERVICAL POR VIA ANTERIOR. ( INCLUYE TODOS LOS NIVELES). POR ENCIMA DE LOS 65 AÑOS SE AUTORIZARA DE ORIGEN NACIONAL.	15.700

CON 7	PLACA PARA FIJACIÓN CERVICAL VIA POSTERIOR. ( INCLUYE TODOS LOS NIVELES). POR ENCIMA DE LOS 65 AÑOS SE AUTORIZARA DE ORIGEN NACIONAL.	17.000
CON 8	SET DE VERTEBROPLASTIA. La vertebroplastia percutánea es la inyección de un cemento de polimetil-metacrilato (PMMA) en el interior de un cuerpo vertebral frágil o fracturado, con lo que se consigue dar una mayor fuerza y estabilidad a la vértebra, evitando la progresión del colapso y el dolor. La principal indicación de la vertebroplastia es el tratamiento del dolor producido por el colapso de un cuerpo vertebral en los casos de las fracturas aplastamiento por osteoporosis y las lesiones osteolíticas metastásicas que afectan los cuerpos vertebrales. Presenta como dificultad la difícil cuantificación del nivel de presión generado en forma manual, que puede ocasionar un extravasación del cemento hacia estructuras nobles.	18.900
CON 9	ESPACIADOR INTERESPINOSO/DISTRACTOR (TITANIO, PEEK, SILICONADO, HIBRIDO, ETC) PARA CUALQUIER NIVEL, INCLUSIVE L5-S1.	13.000
<p><b>Sus indicaciones son:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estenosis lumbares (disminución del diámetro del canal medular)</li> <li>• Dolor lumbar de origen discal (enfermedad discal degenerativa)</li> <li>• Síndrome facetario (dolor lumbar producido por las carillas articulares)</li> <li>• Discectomías (extirpación de la hernia discal) tras una recidiva de la hernia discal</li> <li>• Discectomías con hernias discales masivas que conducen a una reducción sustancial del material discal lumbar.</li> <li>• Degeneración discal en el nivel adyacente a una artrodesis previa.</li> <li>• La utilización de más de dos interespinosos se encuentra contraindicada.</li> </ul>		
<p>POR ENCIMA DE LOS 65 AÑOS SE AUTORIZARA DE ORIGEN NACIONAL.</p>		
		PESOS
CON 10	ESPACIADOR INTERESPINOSO DE PEEK.	15.300

<b>Sus indicaciones son:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estenosis lumbares (disminución del diámetro del canal medular)</li> <li>• Dolor lumbar de origen discal (enfermedad discal degenerativa)</li> <li>• Síndrome facetario (dolor lumbar producido por las carillas articulares)</li> <li>• Discectomías (extirpación de la hernia discal) tras una recidiva de la hernia discal</li> <li>• Discectomías con hernias discales masivas que conducen a una reducción sustancial del material discal lumbar.</li> <li>• Degeneración discal en el nivel adyacente a una artrodesis previa.</li> </ul>		
La utilización de más de tres interespinosos se encuentra contraindicada.		
PESOS		
CON 11	DTT O PUENTE PARA COLUMNA.	1.950
CON 12	TORNILLO DE FIJACIÓN PELVICA	5.070
CON 13	TORNILLO PARA FIJACIÓN PEDICULAR	1.690
<b>MISCELÁNEAS</b>		
PESOS		
CEN 1	CEMENTO QUIRÚRGICO CON Y SIN ANTIBIÓTICO.	580
<b>OTORRINOLARINGOLOGÍA</b>		
<b>DIABOLOS</b>		
PESOS		
RN 1	DE TEFLON	338
RN 2	DE SILICONA TIPO PAPARELLA	325
RN 3	DE PLATINA ANCHA	260
RN 4	DE TITANIO	260
RN 5	DE SILICONA EN T	420
RTN2	MONTGOMERY	2.470

<b>CIRUGÍA DE OIDO</b>		
ESTRIBO ARTIFICIAL		
		PESOS
RPN 1	TEFLON Y ACERO	810
RPN 2	TEFLON	810
RPN 3	TEFLON Y PLATINO	810
RPN 4	TEFLON Y HUESO DR. DIAMANTE	920
RPN 5	TEFLON DR. CAMPO MERCANDINO	1100
<b>ONCOLOGÍA</b>		
		PESOS
SN 1	CATÉTER IMPLANTABLE CON RESERVORIO EN TITANIO CON INTRODUTOR	780
SN 2	CATÉTER IMPLANTABLE CON RESERVORIO EN TITANIO SIN INTRODUTOR	600
<b>UROLOGÍA</b>		
		PESOS
UN 1	STENT DOBLE "J"	536
UN 2	PRÓTESIS TESTICULAR	3.420
UN 3	SLING VAGINAL PARA INCONTINENCIA	5.700
UN 4	KIT PARA INCONTINENCIA DE ORINA	9.945
UN 5	KIT PARA REFLUJO VESICO-URETERAL	4.641
UN 6	SLING PARA INCONTINENCIA MASCULINA	7.293
UN 7	MALLA DE PROLENE MACROPOROSO PREFORMADO	5.967
UN 8	MALLA DE POLIPROPILENO PARA PROLAPSO	7.072

<b>CIRUGÍA CARDIACA</b>		
<b>VÁLVULAS CARDÍACAS</b>		
		PESOS
CVN 1	VÁLVULA CARDÍACA BIOLÓGICA DE PORCINO AÓRTICA/MITRAL NACIONAL	4.940
CVN 2	ANILLO PARA ANULOPLASTÍA	3.770
<b>CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA</b>		
<b>PRÓTESIS ARTERIALES</b>		
		PESOS
VDN 1	DACRON KNITTED DOBLE VELOUR BIFURCADA POROSIDAD "0"	2.574
VDN 2	DACRON KNITTED DOBLE VELOUR RECTA POROSIDAD "0"	2.275
VDN 3	DACRON KNITTED DOBLE VELOUR RECTA POROSIDAD "0" GRAN CALIBRE	1.911
VDN 4	DACRON KNITTED DOBLE VELOUR AXILOBIFEMORAL POROSIDAD "0"	3.835
VDN 5	DACRON KNITTED DOBLE VELOUR CÓNICA POROSIDAD "0"	2.574
VDN 6	ENDOPROTESIS AÓRTICA BALÓN EXPANDIBLE	58.500
<b>HEMODINAMIA</b>		
		PESOS
CSN 1	STENT RENAL	4.810
CSN 2	STENT PERIFÉRICO	4.212

<b>CIRUGÍA GENERAL</b>		
<b>MALLA PARA REFUERZO DE PARED EN POLIPROPILENO MONOFILAMENTO DE ALTA DENSIDAD</b>		
PESOS		
GMN 1	10 X 10 CM	600
GMN 2	15 X 15 CM	700
GMN 3	30 X 30 CM	980
<b>MALLA PARA REFUERZO DE PARED EN POLIESTER MULTIFILAMENTO</b>		
PESOS		
GMN 4	10 X 10 CM	300
GMN 5	15 X 15 CM	350
GMN 6	30 X 30 CM	500
<b>MALLA PARA REFUERZO DE PARED EN POLIESTER MULTIFILAMENTO CON ELASTOMERO</b>		
PESOS		
GMN 7	10 X 15	500
GMN 8	15 X 15	620
GMN 9	30 X 30	840
<b>MALLA PARA REFUERZO DE PARED EN POLIESTER MULTIFILAMENTO COLÁGENO BOBINO POROSO</b>		
PESOS		
GMN 10	10 X 10 CM	750
GMN 11	15 X 15 CM	810
GMN 12	30 X 30 CM	1.300

MALLA PARA REFUERZO DE PARED EN POLIESTER MULTIFILAMENTO COLÁGENO BOBINO SEMIIMPERMEABLE		
		PESOS
GMN 13	10 X 10 CM	950
GMN 14	15 X 15 CM	1.020
GMN 15	30 X 30 CM	1.300

# ANEXO III

**NORMATIVAS EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA.  
REFERENCIA SOBRE PRESTACIONES E INSUMOS.  
EMPRESA DE MEDICINA PREPAGA.**

---

## **ÍNDICE**

NORMATIVAS GENERALES  
ARTROPLASTIAS  
ARTROSCOPIA  
TRAUMA  
COLUMNA

---

## **NORMATIVAS GENERALES**

TODOS LOS PEDIDOS DE INSUMOS, PROTESIS, TRATAMIENTOS O PROCEDIMIENTOS MEDICOS, DEBERAN ESTAR PRESENTADOS EN FORMULARIOS DE ALTA COMPLEJIDAD Y DE PEDIDOS DE PROTESIS. EN LOS MISMOS DEBERA FIGURAR:

1. Diagnóstico.
2. Procedimiento a realizar.
3. Fecha a realizar el procedimiento.
4. Estudios realizados (si existieran), con informe. En caso de considerarlo necesario por la auditoria, se deberán enviar placas radiográficas, imágenes de RNM, TAC o cualquier otro elemento útil a fin de completar la auditoria. Se proveerá con cobertura total los implantes que estén dentro de estas normativas.
5. Informe desarrollado de médico tratante, donde especifique, evolución de la enfermedad, tratamientos implementados hasta la decisión quirúrgica, descripción de táctica quirúrgica.
6. Teléfono de contacto del médico solicitante y del paciente.
7. En todos los casos donde se desarrolle una artroplastia deberá adjuntarse evaluación clínica pertinente, examen odontológico descartando cualquier proceso que pudiera impactar en forma aguda, subaguda o crónica sobre el implante y consiguiente morbimortalidad del paciente.

## ARTROPLASTIAS

Es el reemplazo de una articulación enferma por una prótesis.

Los reemplazos articulares más frecuentes son:

1. Cadera
2. Rodilla
3. Hombro

Los reemplazos articulares menos frecuentes y en casos especiales son:

1. Muñeca
2. Codo
3. Tobillo
4. Mano (metatarsfalangica e interfalangica)

### ARTROPLASTIA DE CADERA PRIMARIA

Puede ser un reemplazo TOTAL o PARCIAL de acuerdo a la patología, edad y estado general del paciente.

En el reemplazo TOTAL, se recambian ambos componentes articulares (cabeza y acetábulo), mientras que en el PARCIAL solo se recambia el componente femoral.

#### . ARTROPLASTIA PARCIAL

Solo se reemplaza el componente femoral (cabeza - tallo).

Indicaciones:

- Fracturas mediales de cadera.
- Pacientes añosos en regular o mal estado general.
- Baja demanda funcional.

Insumos:

- Prótesis Unipolares. Tipo Thompson. Son las más utilizadas. Primera opción.
- Prótesis bipolares. Tipo Giliberty. Esta última es una prótesis donde solo se reemplaza el componente femoral (cabeza - tallo) y en donde la cabeza trae incorporado el acetábulo. Tiene indicaciones controversiales, en especial en aquellos casos de pacientes de regular estado de salud, donde la demanda funcional es relativamente buena.
- Cemento: En todos los casos estas prótesis son cementadas. Una o dos dosis, con o sin antibiótico.
- Hemosuctor: Uno por cirugía.

Origen: Existen prótesis NACIONALES de muy buena calidad, por lo que NO se justifica la utilización de prótesis importadas para estos casos.

#### . ARTROPLASTIA TOTAL

Se reemplazan ambos componentes (acetábulo / cabeza – tallo)

Indicaciones:

- Fractura medial de cadera.
- Pacientes menores de 80 (85) años en buen estado general.
- Buena demanda funcional.
- Artrosis.
- Artritis Reumatoide.
- Artritis autoinmunes.
- Necrosis Aséptica de cadera.
- Displasias de cadera.
- Otras.

Insumos: El tipo de prótesis a seleccionar, depende de numerosos factores, en especial edad del paciente, estado general y tipo de demanda.

Esto se relaciona con la expectativa de vida, la necesidad en un futuro de reconvertir una prótesis híbrida o no cementada en una prótesis total cementada como consecuencia del desgaste generado en la prótesis primaria utilizada.

En el caso de una prótesis no cementada, la capacidad de osteointegración de la prótesis en un hueso joven no es igual al de un paciente añoso.

- No Cementadas: Menores de 60 años con buen estado general y alta demanda. En este caso se supone que la expectativa de vida y la demanda del paciente, hará que la prótesis sufra un desgaste y deberá ser reconvertida en el futuro. En el caso de las No Cementadas será mucha más fácil de retirar que aquellas que tienen cemento, y en el caso de la Híbridas, solo se cambia el acetábulo que originalmente es no cementado, por uno cementado.
- Híbridas: Menores de 65 años. Normalmente se trata de tallo cementado con acetábulo impactado u atornillado. Raramente es a la inversa y en ese caso debe estar bien justificada.
- Cementadas: Tipo Charnley o tipo Muller. Mayores de 65 años y/o pacientes sedentarios, con poca demanda o con una expectativa de vida limitada por enfermedad.
- Monoblock: Este tipo de prótesis es utilizada y con casi única

justificación en pacientes añosos con fractura medial de cadera con patología psiquiátrica de base o enfermedades como el Parkinson, ya que reducen la posibilidad de luxaciones. En la actualidad existen sobreindicaciones de esta prótesis.

- Cemento: Una o dos dosis con o sin antibiótico.
- Hemosuctor: Uno por cirugía.
- Pistola de cementado: Lo entrega la ortopedia. No están incluidos los sistemas de cementación de tercera generación.

Origen: En el caso de las prótesis totales CEMENTADAS y MONOBLOCK, existen NACIONALES de muy buena calidad, por lo que NO se justifica la utilización de implantes de origen importado.

En el caso de las prótesis NO CEMENTADAS o HIBRIDAS, si bien existen algunas de origen nacional, se recomienda la utilización de prótesis IMPORTADAS. Esto está relacionado con la diversidad del instrumental, medidas y versatilidad de las prótesis.

ANEXO: Existen en las prótesis diferentes tipo de superficies articulares. Lo habitual es la superficie Metal – Polietileno, existen otras superficies como Metal – Metal o Cerámica, lo cual estaría indicado solamente en pacientes muy jóvenes o sumamente activos por el menor índice de fricción y desgaste de la superficie articular. Salvo situaciones muy particulares, no debería estar indicado en pacientes por arriba de los 50 años, pero de cualquier manera por debajo de esta edad debería estar muy bien justificada en relación a las indicaciones arriba descritas. Se reconocerá el valor de una prótesis Metal-Polietileno y la cápita deberá percibir el 70% de las diferencias.

## **ARTROPLASTIA DE REVISION DE CADERA**

Se trata de segundas cirugías, donde se cambia una prótesis por otra de revisión.

Indicaciones:

- Aflojamiento Séptico.
- Aflojamiento Mecánico.
- Fracturas peri-protésicas.
- Luxaciones recidivantes.
- Osteólisis localizadas.

En el caso de los aflojamientos sépticos, los mismos deben estar sustentados por punciones articulares.

En caso de pacientes en mal estado general, o añosos con poca expectativa de vida, la indicación de revisión se ve limitada, y puede estar indicada el retiro del material y la realización de una artroplastia por resección tipo GILDERSTONE.

Insumos:

- Prótesis de Revisión: Diferentes tipos y modelos de acuerdo al caso en particular. Existen situaciones en donde se tiene como objetivo solo revisar un componente de la prótesis. En estos casos puede estar justificado la utilización de una prótesis de revisión de la misma marca que la que se va a revisar.
- Lazadas de Alambre: En casos de necesidad de osteotomía de fémur para sacar el cemento de la prótesis primaria o ante el riesgo de una fractura intra-operatoria por la mala calidad ósea del paciente.
- Cemento: Puede ser necesaria la utilización de más de dos dosis de cemento siempre con antibióticos.
- Hemosuctor; Uno por cirugía.
- Anillos Restrictotes: Los más utilizados son los tipo Bush Schnaider o Kerboul. Se utilizan cuando existe un gran déficit de stock óseo o una incontinencia a nivel del acetábulo sea tanto en el anillo acetabular o en el fondo.
- Espaciadores: Se utilizan para mantener la longitud del miembro, junto con antibióticos durante 8 a 12 semanas, hasta curar la articulación de su infección para luego colocar la prótesis de revisión.

Origen: En el caso de revisiones cementadas como así también aquellos casos de pacientes añosos, mal estado general y expectativa de vida dudosa, se sugiere la utilización de prótesis NACIONALES o una artroplastia por resección tipo GILDERSTONE.

En el caso de revisiones HIBRIDAS Y NO CEMENTADAS se autorizarán importadas teniendo en cuenta edad y estado general del paciente (Se deberán remitir estudios complementarios como RX, Centellograma, laboratorio con eritrosedimentación y PCR con negativización de ambos, cultivo negativo, RMN, etc; para todos los casos de revisiones. )

ANEXO: Existen en la actualidad PROTESIS DE SUPERFICIE, utilizadas en pacientes muy jóvenes, con necrosis aséptica de cabeza femoral o secuelas de displasias. Estas son implantes que se colocan sobre la cabeza femoral evitando cirugías de reemplazo. No existen todavía grandes series ni experiencia

comprobada en la Argentina. Son solamente de origen IMPORTADO y no están exentas de complicaciones en especial fracturas y aflojamientos. Solo deberían estar justificadas en pacientes muy jóvenes menos de 55 años y activos.

## ARTROPLASTIA DE RODILLA PRIMARIA

### Indicaciones:

- Artrosis.
- Artritis reumatoidea.
- Osteonecrosis.
- Genu varo / valgo.
- Artritis autoinmunes.
- Otras.

### Insumos:

- Prótesis total de Rodilla: Se reemplazan los tres componentes (tibial – femoral – rotuliano) de la rodilla, aunque en algunos casos puede que por decisión del cirujano no se reemplace el componente rotuliano. Si bien las prótesis IMPORTADAS son de mejor calidad, existen prótesis NACIONALES de diferente calidad que en casos específicos en relación a la edad y demanda del paciente pueden indicarse. Las nacionales cumplen con todas las características, especificaciones y reglamentaciones para ser colocadas en pacientes con baja demanda, ya que las exigencias, cargas y fuerzas que se ejercen en este tipo de pacientes sobre una prótesis, no es igual al de un paciente joven o con una demanda funcional más alta. Podrían estar justificadas en pacientes por encima de los 65 años. Puede ocurrir que en casos de una cirugía primaria, este justificada la utilización de VASTAGOS y CUÑAS, en especial en pacientes con artrosis y gran inestabilidad lateral, lo cual es fácilmente detectable en una radiografía.
- Cemento: Una o dos dosis con o sin antibiótico por cirugía.
- Hemosuctor: Uno por cirugía.

Origen: Pacientes menores de 65 años IMPORTADAS .Pacientes mayores de 65 años NACIONALES.

ANEXO: Las prótesis UNICOMPARTIMENTALES, las cuales son solo importadas, de alto costo, con limitada casuística y seguimiento en Argentina, tienen indicaciones poco claras. Las mismas serían Artrosis Unicomparti-

mentales en pacientes jóvenes (menores de 60 años), sin deseos, no obesos y con ligamento cruzado anterior y medial sano.

### **ARTROPLASTIA DE REVISION DE RODILLA**

Se trata de segundas cirugías, donde se cambia una prótesis por otra de revisión.

Indicaciones:

- Aflojamiento Séptico.
- Aflojamiento Mecánico.
- Fracturas peri-protésicas.

Insumos:

- Prótesis de Revisión: Diferentes tipos y modelos de acuerdo al caso en particular. En general se utilizan VASTAGOS y CUÑAS.
- Cemento: Uno o dos dosis por cirugía.
- Espaciadores: Se utilizan para mantener la longitud del miembro, junto con antibióticos durante 8 a 12 semanas hasta curar la articulación de su infección para luego colocar la prótesis.

### **ARTROPLASTIA DE HOMBRO**

Indicaciones:

- Artrosis.
- Artritis reumatoidea.
- Necrosis avascular.
- Fracturas a cuatro fragmento o luxos – fracturas.
- Artrosis severa con lesión irreparable del manguito rotador.
- Artritis autoinmunes.
- Otras.

Las prótesis más frecuentemente utilizadas son parciales, totales y menos tasa de uso las reversas y de superficie.

Insumos:

- Prótesis Parciales y Totales: Su elección depende del grado de compromiso de las superficies articulares.

- **Prótesis Reversa:** Contraindicada en pacientes jóvenes o con grandes defectos óseos. Se utiliza en situaciones de artrosis glenohumeral secundaria a artritis reumatoidea con lesión irreparable del manguito rotador y en casos de fracturas severas con lesión masiva del manguito rotador.
- **Cemento:** Uno o dos dosis por cirugía.

Origen: En el caso de las prótesis parciales y totales, existen de origen NACIONAL en caso de pacientes mayores de 50 años. En pacientes jóvenes menores de 50 años estarían indicadas las de origen IMPORTADO. En el caso de las prótesis reversa, la misma es de origen importado y debería estar perfectamente justificada su utilización. Tanto en esta última como en la de superficie, se reconocerá el valor de un reemplazo total IMPORTADO, debiendo el afiliado abonar la diferencia.

## ARTROSCOPIA

Se trata de un procedimiento quirúrgico con finalidad terapéutica y NO DIAGNOSTICA.

Las articulaciones en donde más frecuentemente se utiliza esta técnica son:

- Rodilla
- Hombro
- Tobillo

Menos frecuentemente, con indicaciones específicas y necesidad de justificación:

- Muñeca
- Codo
- Cadera

## ARTROSCOPIA DE RODILLA

Indicaciones:

- Plástica del ligamento cruzado anterior (LCA).
- Plástica del ligamento cruzado posterior (LCP).
- Osteocondritis.
- Lesiones meniscales.
- Cuerpos libres intraarticulares.
- Sinovitis.

- Síndrome rotuliano.
- Artritis séptica.
- Fracturas hundimiento de platillo tibial.
- Otras.

#### Insumos:

- Sistemas Transversales, Transfixiantes y de Fijación Cortical para LCA: Se utilizan para la reconstrucción de lesiones del LCA con tendones semitendinoso y recto interno. Es UN SISTEMA por cirugía. Existen de TITANIO, BIODEGRADABLES y PEEK. No existen diferencia alguna en cuanto a la evolución y éxito del procedimiento quirúrgico en relación al tipo de material utilizado. En cuanto a los sistemas de Peek, si bien existen de origen nacional, son de muy alto costo, sin follow-up ni resultados que justifiquen su utilización, por lo que no se justifica su autorización.
- Tornillos de Interferencia (Kurosaka): Se utilizan para la reconstrucción de lesiones del LCA con tendón rotuliano. En general se utilizan DOS TORNILLOS. El Gold Estándar sigue siendo el titanio, aunque existen biodegradables sin diferencias en cuanto a resultados.
- Sistema de Transporte Osteocondral: Se utilizan para lesiones Osteocondrales de menos de 1 cm., en pacientes jóvenes (menores de 40 años). Es UNO por cirugía. Corroborar lesión por medio de resonancia magnética antes de autorizar.
- Tornillos de Interferencia de bajo perfil: Se utilizan para la reconstrucción de lesiones de los ligamentos laterales de la rodilla, en cirugías a cielo abierto.
- Suturas Meniscales (Arrows, flechas): Se utilizan para la reparación de heridas meniscales. Solo se justifica su autorización en pacientes MENORES de 30 años de intensa actividad deportiva, con heridas en zona suturable, es decir en zona menisco capsular o zona roja meniscal. Pedir resonancia previa. Existen diferentes métodos de sutura que no hacen necesario la utilización de sistemas específicos. Cuando la lesión justifique su utilización, no debe autorizarse más de tres suturas. No debe aceptarse el pedido por "set", ya que se utiliza por unidad.
- Puntas de Shaver: Es una hoja mecánica de corte indispensable para este tipo de cirugía. Hay diferentes marcas para diferentes equipos motorizados. Estas puntas son descartables ya que se desafilan y rompen. Se autorizará solo para aquellas artroscopias donde se

desarrolle una plástica articular. (Una por procedimiento.)

- **Ligamentos Sintéticos:** De altísimo costo y con resultados pobres a los 5 años. Si bien existen nuevos sistemas en el mercado, ninguno tiene más de 2 años de utilizado. No tiene ningún tipo de justificación.
- **Punta de Radiofrecuencia:** Solo justificada su utilización en lesiones específicas que requiere la resección de tejido cicatrizal o de granulación sin generar grandes reacciones inflamatorias en la región tratada. Su autorización queda a consideración de la evaluación científica que desarrollará auditoría especializada.
- **Bomba, cánulas:** No se justifica su autorización en ningún caso.
- **Sistemas tipo Trukor, clavijas biodegradables:** Alto costo y sin justificación. Existen otros procedimientos habituales y con éxito probado.

Origen: Todos los sistemas de reconstrucción ligamentaria, tanto del LCA como del LCP, y los sistemas de transporte osteocondral presentan exponentes adecuados y de probada calidad a nivel NACIONAL.

## **ARTROSCOPIA DE HOMBRO**

Indicaciones:

- Luxación Recidivante de Hombro. Inestabilidad.
- Lesiones del Bíceps. SLAP.
- Lesiones del Manguito Rotador. Supraespinoso.
- Hombro Congelado.
- Cuerpos libres intraarticulares.
- Acromioplastia.
- Otras.

Insumos:

- **Puntas de Shaver:** Es una hoja mecánica de corte indispensable para este tipo de cirugía. Hay diferentes marcas para diferentes equipos motorizados. Estas puntas son descartables ya que se desafilan y rompen. Se debe autorizar UNA por cirugía. Puede solicitarse tipo ABRADER, ACOMIONIZER etc.
- **Punta de Radiofrecuencia:** Alto costo. Solo se justifica en lesiones del manguito rotador. Se debe autorizar una punta de radiofrecuencia o una punta de shaver, nunca las dos cosas. No se utiliza en lesiones de inestabilidad.

- Cánulas Transparentes: No se justifica su autorización ya que no hace al procedimiento artroscópico.
- Arpones: Existen de 3 y 5 mm. con suturas de alta resistencia simple o doble. Se utilizan tanto para las inestabilidades como para lesiones del manguito rotador. Los biodegradables pueden autorizarse en revisiones, o en algunos casos de lesiones del manguito rotador. No tiene justificación en inestabilidades. Los arpones de peek, no tienen justificación alguna. La cantidad de arpones utilizados depende del tipo de lesión. Lo standard son tres por cirugía.
- Bomba: No debe ser autorizada ya que no es indispensable al procedimiento artroscópico.

Origen: En el caso de los arpones de titanio, existen muy buenos de origen NACIONAL. La diferencia la hace el instrumental de colocación, aunque existen casas de ortopedia que entregan arpones nacionales con cajas de colocación importada.

ANEXO: Las artroscopías de MUÑECA, CODO, CADERA y TOBILLO, deben ser acompañadas de estudios previos para completar la auditoria. Salvo en el caso del tobillo, las demás articulaciones rara vez justifica su autorización para cirugía artroscópica. Hoy en día, es muy popular la artroscopia de cadera. La misma tiene indicaciones muy precisas y concretas. Debe acompañarse de estudios y justificación del cirujano.

## TRAUMA

### FRACTURAS LATERALES DE CADERA

Constituyen urgencias quirúrgicas. De acuerdo al patrón del trazo de fractura, podremos clasificarlas en Estables e Inestables.

Del tipo de fractura y de su estabilidad, dependerá la indicación del insumo a utilizar.

Insumos:

- Sistema de Tornillo – Placa Deslizante: Son los conocidos DHS, RICHARDS (nombre comercial). Son los utilizados como primera opción para fracturas ESTABLES.
- Clavos Endomedulares Elásticos: Son los llamados ENDERS. De poca utilización en la actualidad. En general utilizados en casos de pacientes con un muy mal estado general.
- Clavo Endomedular Cervico-Diafisario: Conocidos como Clavo

GAMMA, BI-NAIL, PFN, IMHS (nombre comercial). Son los utilizados para fracturas INESTABLES.

- Hemosuctor: Uno por cirugía.

Origen: En general los sistemas endomedulares, hay de origen IMPORTADO, aunque existen muy buenos productos de origen NACIONAL que cumplen perfectamente con todas las especificaciones y necesidades técnicas, mientras que en el caso de los sistemas de tornillo-placa deslizante, existen algunos modelos de origen NACIONAL y deberían ser autorizados.

### **FRACTURAS SUBTROCANTERICAS DE FEMUR**

Son aquellas fracturas que se producen desde el trocánter menor, hasta 5 cm. distales a este. Urgencia quirúrgica dentro de las primeras 48 horas.

Insumos:

- Clavo Placa de 95 grados: Clásicamente el más utilizado para este tipo de fracturas. Especialmente indicado en pacientes con hueso osteoporótico.
- Sistema de Tornillo Deslizante Condileo de 95 grados: También muy utilizado en este tipo de fracturas, pero con menor morbilidad y agresión quirúrgica.
- Sistema Endomedular Cervico-Diafisario Largo: es el implante de elección para esta fractura. GAMMA LARGO, BI-NAIL LARGO.

Origen: NACIONALES e IMPORTADOS.

### **FRACTURAS DIAFISARIAS DE FEMUR**

Fracturas relacionadas con trauma de gran energía, y en general en pacientes politraumatizados.

Insumos

- Tutores Externos Tubulares : Pacientes politraumatizados para uso transitorio o definitivo (Ver Anexo)
- Clavos Endomedulares: Fresados Acerrojados. Constituyen el método de elección para las fracturas de diáfisis femoral.
- Placas de 4,5 mm.: Las placas para fracturas de fémur, no son muy utilizadas, pero a preferencia del cirujano, pueden ser utilizadas. Las que se utilizan son placas DCP. Las placas LCP más costosas, deberán ser muy

bien justificadas para fracturas de fémur. En general hueso osteoporótico o fracturas conminutas.

Origen: Tanto los tutores externos, como las placas DCP de 4,5 mm., existen de fabricación NACIONAL. Si bien existen clavos endomedulares nacionales, está justificado utilizar clavos de origen IMPORTADO en aquellas fracturas con trazos característicos que requieren clavos endomedulares no existentes en el mercado local, en dichos casos deberá estar bien justificada su indicación. En el resto de los casos el origen de la indicación será NACIONAL.

### **FRACTURA SUPRACONDILEA DE FEMUR**

Fractura común en pacientes osteoporóticos o con mala calidad ósea, y también vista en pacientes jóvenes politraumatizados.

Insumos:

- Tutores Externos tubular AO: En politraumatizados, de manera transitoria o definitiva.
- Tornillos canulados de 7 mm.: En fracturas estables o con poco desplazamiento.
- Clavo Placa de 95 grados: De elección en pacientes añosos y osteoporóticos.
- Tornillo Deslizante Condileo de 95 grados: De elección en pacientes jóvenes.
- Clavo Endomedular Retrogrado para Fémur: De alto costo y con indicaciones precisas. Solicitar estudios radiográficos para su autorización. No se justifica en pacientes añosos o con hueso de mala calidad.

Origen: NACIONAL.

### **FRACTURA DE PLATILLO TIBIAL**

Existen diferentes patrones fracturarios lo que determina la utilización de diferentes implantes, por lo cual debe solicitarse siempre estudios realizados. La elección de osteosíntesis bloqueadas o no depende de la edad del paciente y tipo de fractura.

Insumos:

- Tutores Externos tubular AO: En politraumatizados, o pacientes con lesiones importantes de partes blandas, en general de manera transitoria.

- Tornillos Canulados de 7 mm.: En fracturas estables o con poco desplazamiento.
- Placa de Sostén o Regional de 4,5 mm.: Para fracturas de grandes fragmentos.
- Placas en Palo de Jockey o en L de 4,5 mm.: Misma indicación que la anterior.

Origen: NACIONAL.

## **FRACTURA DE DIAFISIS Y PILON TIBIAL**

Insumos:

- Tutores Externos tubular AO: En fracturas expuestas, en forma transitoria o definitiva.
- Clavo Endomedular Fresado Acerrojado: Es el METODO DE ELECCION en fracturas diafisarias.
- Placa DCP de 4,5 mm.: Es la placa de elección cuando se elige este método de tratamiento.
- Placa LCP bloqueadas: Solo se justifica su utilización en pacientes osteoporóticos.
- Placa Treboliar

## **INSTRUMENTAL DE COLUMNA**

Tornillos pediculares: Sistema diseñado para anclarse al pedículo y al cuerpo y que puede solidarizarse en forma multipunto a través de barras.

Origen: Solo se acepta indicación de importado en patología pediátrica.

Cages o celdas Intersomáticos: (plif o tlf y alif en cervical). La indicación es en artrodesis circunferencial de 360 grados. Uno por nivel es suficiente para la resolución de la patología, el uso de dos por nivel debe ser bien justificado.

Origen: NACIONAL.

Celdas para corporectomía (tipo mesh): indicado su utilización en resecciones vertebrales amplias.

Origen: NACIONAL.

Vertebroplastía: La vertebroplastía percutánea es la inyección de un cemento de polimetil-metacrilato (PMMA) en el interior de un cuerpo vertebral frágil o fracturado, con lo que se consigue dar una mayor fuerza y estabilidad a la vértebra, evitando la progresión del colapso y el dolor. La principal indi-

cación de la vertebroplastía es el tratamiento del dolor producido por el colapso de un cuerpo vertebral en los casos de las fracturas aplastamiento por osteoporosis y las lesiones osteolíticas metastásicas que afectan los cuerpos vertebrales. Presenta como dificultad la difícil cuantificación del nivel de presión generado en forma manual, que puede ocasionar una extravasación del cemento hacia estructuras nobles. Origen: NACIONAL.

Cifoplastía: tiene balón y con este se labra cavidad en vertebra que brinda mayor seguridad. No existe el riesgo de derrame de acrílico hacia estructuras nobles. Indicado en fracturas vertebrales, osteoporosis, tumores, mieloma, etc.

Origen: Importado.

Placas cervicales con tornillos de bajo perfil bloqueadas: Sistemas de fijación vertebral para columna cervical, indicada en discectomías, canal estrecho, fracturas, etc. Origen: NACIONAL.

Mini placas de maxilofacial para laminoplastía: Indicaciones: Osificación del ligamento longitudinal posterior en varios niveles, con el mantenimiento de la lordosis cervical, estenosis congénita del canal con el mantenimiento de la lordosis cervical, espondilosis cervical en varios niveles, compresión posterior por una hipertrofia de ligamentos, con el mantenimiento de la lordosis cervical.

Origen: NACIONAL.

Tornillos pediculares, fascetarios con barras: Indicado en algunas patologías específicas, baja tasa de uso. La fijación cervical con tornillos pediculares es una técnica quirúrgica de reciente aparición que fue descrita inicialmente para el manejo de lesiones traumáticas, pero que actualmente se utiliza incluso en tumores de columna y lesiones degenerativas.

Origen: Nacional de dudosa calidad, se justificaría IMPORTADO.

Sistema de fijación occipitocervical: Patologías de muy baja incidencia a saber:

Inestabilidades de la región occipitocervical y la columna cervical superior:

- Artritis reumatoide
- Malformaciones
- Inestabilidades postraumáticas
- Tumores
- Infecciones
- Inestabilidades de la columna cervical baja:

- Inestabilidades postraumáticas
- Tumores
- Inestabilidades yatrógenas (p. ej.: laminectomías)

Origen: IMPORTADO.

Interespinosos: Peeck y titanio, sus indicaciones son:

- Estenosis lumbares (disminución del diámetro del canal medular)
- dolor lumbar de origen discal (enfermedad discal degenerativa)
- síndrome facetario (dolor lumbar producido por las carillas articulares)
- Discectomías (extirpación de la hernia discal) tras una recidiva de la hernia discal
- •Discectomías con hernias discales masivas que conducen a una reducción sustancial del material discal lumbar.
- Degeneración discal en el nivel adyacente a una artrodesis previa.
- La utilización de más de tres interespinosos se encuentra contraindicada según protocolos internacionales. (FDA), al igual que su implantación por encima de L2. Origen: NACIONAL.

**Todas las patologías tienen diferentes metodologías de resolución con resultados optimos, quedando a consideración de esta auditoría la evaluación de costo-beneficio y costo-efectividad de una indicación en virtud de protocolos científicos internacionales y nacionales. Toda táctica terapéutica discutida debe adjuntarse con literatura científica que la avale como así también demostrar amplia ventaja respecto a técnicas de menor costo, (reducción de morbilidad, tasa de infección, recuperación precoz de movilidad, etc).**

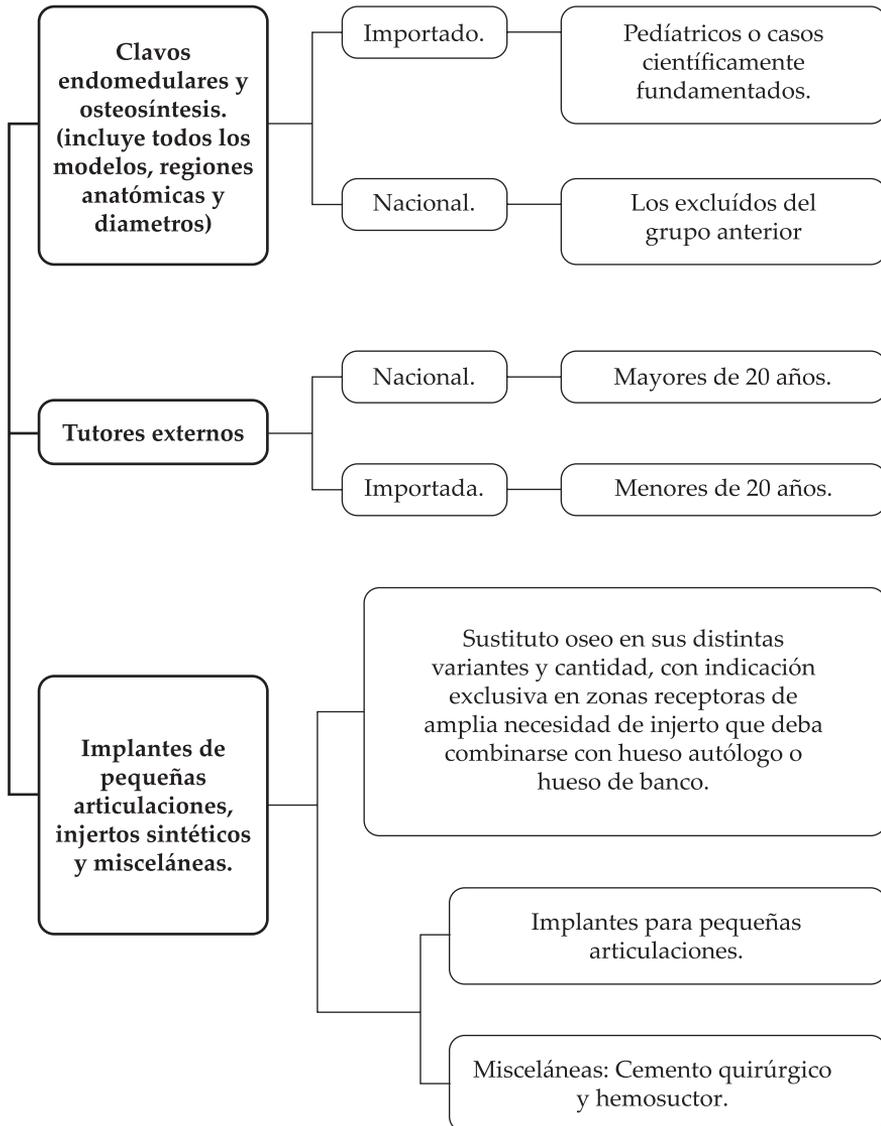




# ANEXO IV

## Guía de control

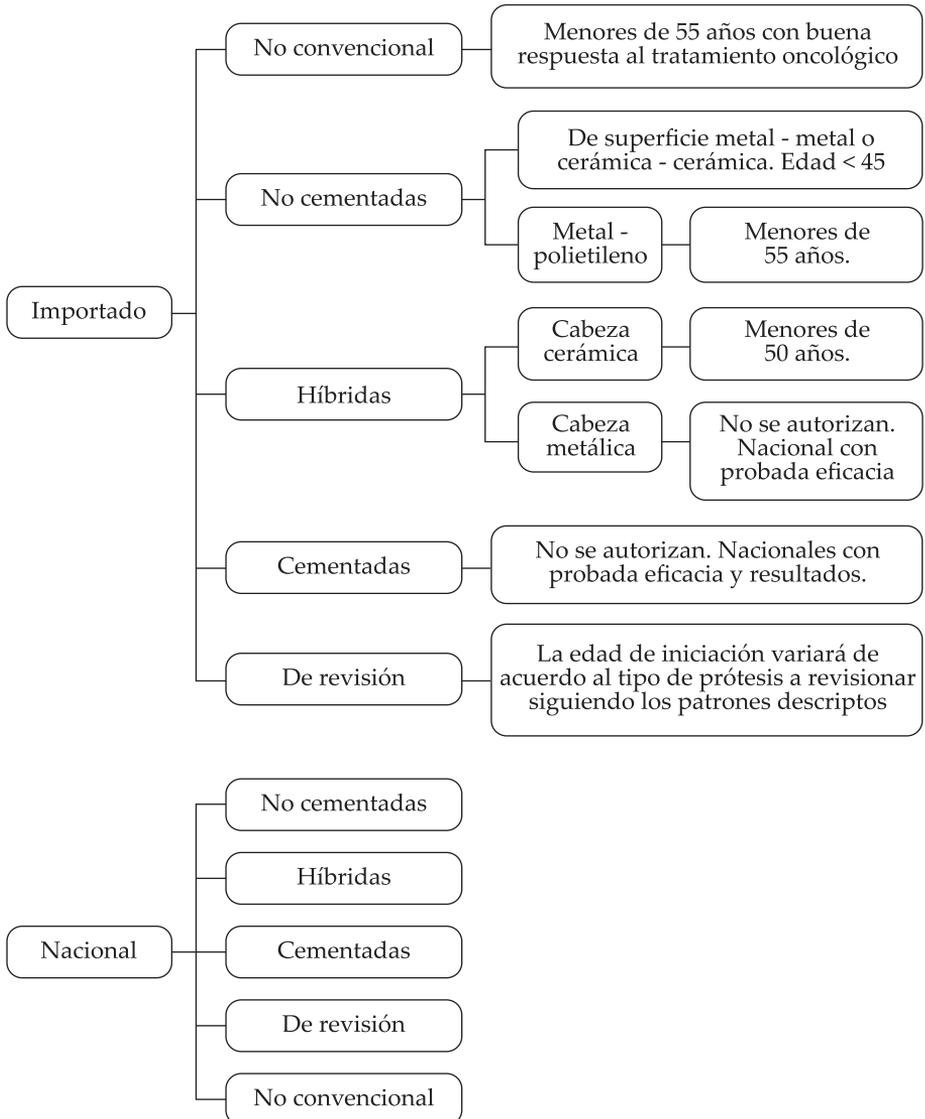
### Clavos endomedulares, osteosíntesis y tutores externos



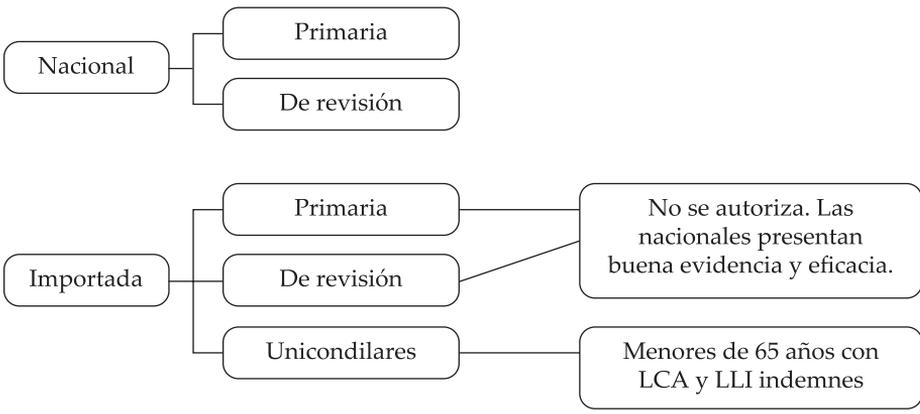
## Guía de prescripción

### Artroplastías

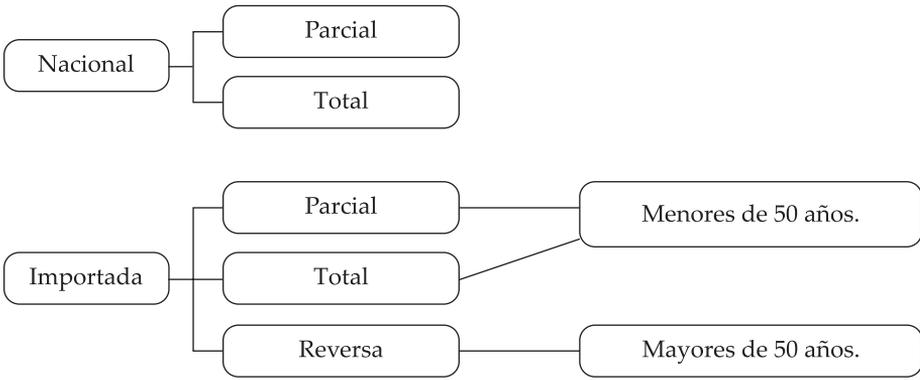
#### Cadera



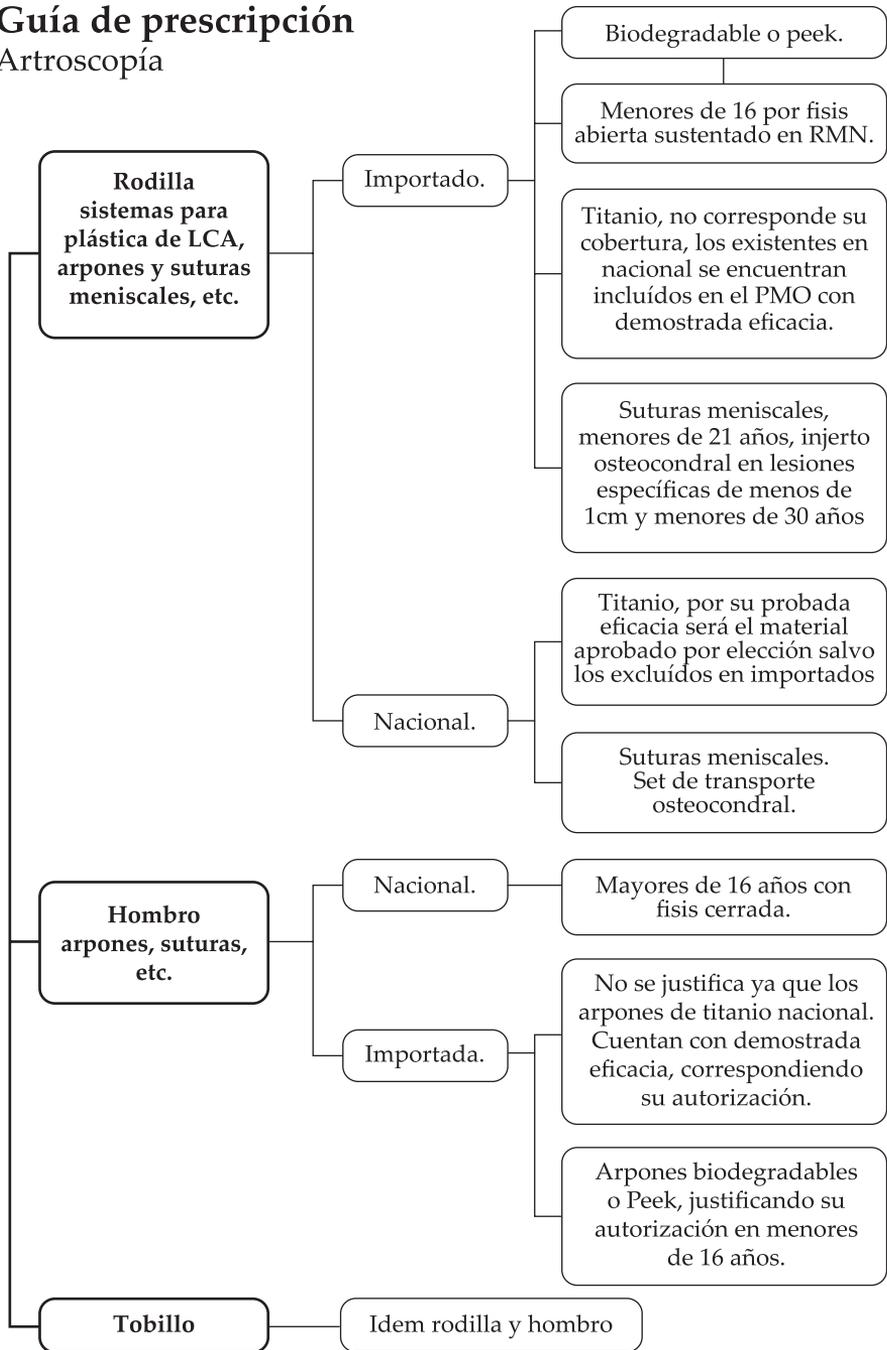
### Rodilla



### Hombro



## Guía de prescripción Artroscopia







# ANEXO V

## CREACIÓN DE CONSORCIO PARA EMPRESAS PROVEEDORAS DE IMPLANTES.

### CONSORCIO DE PROVEEDORES DE IMPLANTES Y TECNOLOGÍA MÉDICA

El Consorcio de **Proveedores de Implantes y Tecnología Médica**, está conformado por un grupo de empresas, **líderes** del sector, que aseguran el acceso y la provisión a la mejor **tecnología médica e implantes** para diferentes afecciones, ofreciendo al paciente y al profesional de la salud las mejores opciones disponibles en el mercado desarrolladas bajo los más altos estándares de **calidad**.

Las empresas integrantes, son compañías fabricantes y proveedoras de implantes y tecnología médica con **más de 20 años** de trabajo en Argentina, representantes de **más de 100 empresas nacionales y extranjeras**, proveen anualmente **más de 120.000 implantes de alta calidad a pacientes quirúrgicos**.

A través de sus distribuidores cubren todo el **territorio nacional** y la calidad de sus productos y procesos productivos, **avalados por regulaciones nacionales e internacionales**, les permite exportar a diferentes países.

#### ESPECIALIDADES:

Se desarrolla la cobertura en implantes y tecnología médica para los siguientes rubros:

- Marcapasos y Cardiodefibriladores implantables
- Stents y accesorios para hemodinamia
- Endoprótesis vasculares
- Implantes para cirugía traumatológica
- Implantes para neurocirugía y neurointervencionismo
- Implantes para urología y uroginecología
- Otros implantes y tecnología médica

Los productos de las empresas integrantes del consorcio cuentan con la aprobación y certificación de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).

## SERVICIOS

Se brinda a los financiadores del sistema de Salud los siguientes beneficios:

- La más alta calidad de implantes y tecnología médica.
- Garantía de seguridad y rastreabilidad en implantes.
- Empresas habilitadas por ANMAT.
- Productos aprobados y certificados por ANMAT.
- Provisión directa del Proveedor al Financiador.
- Costos competitivos y adecuados a la provisión directa.
- Rapidez, disponibilidad y simplificación del proceso de compra y provisión.
- Amplia disponibilidad y alternativas de implantes de empresas de primera línea.
- Cobertura de entrega en todo el país.
- Respaldo y aval de las compañías con más de 20 años en el mercado.

### Oportunidad para los Financiadores

Existen en la actualidad diversos factores que incrementan la demanda de prestaciones médicas tanto en volumen como en calidad.

La provisión de implantes y tecnología médica no queda exenta a esta nueva condición que impone el mercado, es por ello que aquí se describen tres de las más importantes causas que hoy se reconocen como generadoras de este fenómeno y que impactan en forma directa en el desarrollo de la actividad de diversos financiadores.

1) Factores demográficos: El envejecimiento empieza a tener serias consecuencias y repercusiones económicas, sociales y sanitarias, entre las que se encuentra el incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas.

En estas circunstancias los indicadores de salud clásico, basados exclusivamente en la mortalidad, se han reconocido como insuficientes para evaluar la evolución del estado de salud de la población.

Por este motivo, es necesario el empleo de indicadores que incluyan no solo las cifras de mortalidad sino también las de morbilidad o incapacidad, teniendo en cuenta que el aumento de edad de la población se corresponde con un descenso en el nivel de salud: a mayor cantidad de años vividos, mayor incidencia del desarrollo de enfermedades crónico degenerativas y de las discapacidades generadas por ellas.

La esperanza de vida libre de incapacidades (EVLI), también conocido como el indicador de esperanza de vida saludable, pertenece a ese grupo de indicadores.

Para mantener una elevada ELVI se necesita un avance de los servicios sociales así

como del desarrollo de nuevas tecnologías médicas, ya que, por ejemplo, existe un aumento considerable en el número de pacientes que requieren y reciben implantes para corregir defectos y enfermedades del sistema esquelético, incremento en el desarrollo de enfermedades coronarias que requieren el uso de tecnología médica, oncológicas y la necesidad de acudir a la industria farmacéutica, etc.

2) Desarrollo de nuevas tecnologías: Existe una permanente búsqueda y desarrollo de nuevas técnicas e implantes médicos vinculadas al avance tecnológico y cuyo objetivo es minimizar los riesgos, morbilidades y complicaciones del acto médico.

3) Judicialización de la Salud: Es una problemática que se incrementa en forma exponencial y se encuentra vinculada a las condiciones que impone el mercado de Salud Nacional. En un estudio desarrollado por la OPS para Argentina se destacó que el 4,8% de gasto en salud son generados por judicialización de prestaciones.

La representación de los proveedores a través de un consorcio, una solución para el Financiador

Por lo expuesto, el consorcio introduce en el sistema de salud una herramienta destacada para los financiadores al estar conformado por un grupo de empresas, líderes del sector, que aseguran el acceso y la provisión a la mejor tecnología médica e implantes para diferentes afecciones, ofreciendo al paciente y al profesional de la salud las mejores opciones disponibles en el mercado desarrolladas bajo los más altos estándares de calidad y con la logística necesaria para brindar el mejor servicio en todo el territorio.

Las empresas integrantes tienen amplia trayectoria en el mercado de salud. Ellas aseguran la provisión de implantes y tecnología médica para diversas patologías.

Asegurando de esta forma una amplia cobertura multidisciplinaria para diferentes especialidades médicas.

Los financiadores del Sistema Nacional de Salud (Privados, Obras Sociales Nacionales y Provinciales como Salud Pública) podrán consultar y solicitar información de los proveedores inscriptos y constatar las certificaciones necesarias para el desarrollo de la actividad reduciendo la incertidumbre y asimetría de la información.

El consorcio cuenta con el asesoramiento de profesionales distinguidos para el análisis y control del proceso de provisión, a través de auditorías especializadas. Por su parte el cuerpo médico especializado integrado a esta nueva

entidad, desarrollará un proceso de gestión en auditoría de implantes, recabando información epidemiológica y confeccionando informes mensuales para cada financiador con el consumo por especialidad. Esto se logra a través del desarrollo de un adecuado tablero de comando constituido por indicadores precisos. Asimismo ante cualquier imprevisto que surja con un implante durante cualquier momento del proceso de provisión (entrega, implantación, postoperatorio), se procederá a realizar el análisis de campo correspondiente.

Los financiadores del sistema de salud presentan otro motivo para confiar en nosotros, y es la creación, por parte de la Superintendencia de Servicios de Salud, del Sistema Único de Reintegros (S.U.R.) por resolución 1200/2012 y su modificación 1561; al tiempo que limitó la vigencia temporal de normas APE (Administración de Programas Especiales) para la tramitación de los reintegros de las prestaciones realizadas por los Agentes del Seguro.

El Sistema Único de Reintegros (S.U.R.) será para la implementación y administración de los fondos destinados a apoyar financieramente a los Agentes del Seguro para el reconocimiento de las prestaciones médicas de baja incidencia y alto impacto económico y las de tratamiento prolongado.

Con la implementación del nuevo sistema de reintegros los Agentes de Salud deberán acreditar no solo el efectivo pago de la prestación a reintegrar sino también su efectivo cumplimiento.

Se considera conveniente reconsiderar los procedimientos y requisitos necesarios para la obtención del reintegro, unificando la normativa existente y estableciendo nuevos circuitos que tornen más transparente, ágil, operativo y eficaz el procedimiento.

En virtud de estas nuevas disposiciones, las empresas integrantes del consorcio cuentan con la documentación y certificaciones necesarias para que los financiadores concreten la solicitud de reintegro, asimismo contamos con profesionales que desarrollan asesoramiento en esta área.

Por lo expuesto, esta entidad representativa y fiscalizadora de empresas proveedoras es un instrumento innovador que brinda a los financiadores herramientas para el desarrollo del proceso de provisión de implantes y tecnología médica de forma eficaz y eficiente, asegurando los más altos estándares. Además aquellos recursos del financiador pueden destinados al control y manejo de esta área podrán ser reorientados.

Los financiadores cuando seleccionan a sus prestadores y proveedores asumen el riesgo en la prestación que ellos pudieran brindarles.

En definitiva el financiador es responsable sobre el cuidado de la salud de sus socios o clientes, "El médico desarrolla su actividad basado en la evidencia, en

oportunidades, su propia evidencia”, la prestación que pudiera o no requerir el uso de un insumo es responsabilidad en primera instancia del médico tratante, pero también lo es de quién debió ejecutar medidas de control y fiscalización para el desarrollo de dicha práctica.

Es por ello que las empresas aseguradoras de salud y las obras sociales deben ejecutar todas las herramientas necesarias que reduzcan al mínimo el riesgo.

Existiendo un marcado incremento de la judicialización de las prestaciones médicas, esta entidad asegura el cumplimiento estricto de lo impuesto por la legislación nacional, Ministerio de la Nación, ANMAT y de cada distrito donde se desarrolla la prestación de las empresas constitutivas para esta actividad.

La “trazabilidad” es actualmente un mecanismo de control necesario para transparentar el mercado de productos médicos disminuyendo el riesgo de adulteración de stickers y troqueles; entendiéndola por ella al conjunto de aquellos procedimientos preestablecidos y autosuficientes que permiten conocer el histórico, la ubicación y la trayectoria de un producto o lote de productos a lo largo de la cadena de suministros en un momento dado, a través de herramientas determinadas.

Todas las empresas integrantes de disponen de los mecanismos necesarios para el efectivo proceso de trazabilidad, en dicho proceso se desarrolla un registro documentado de los productos que se distribuyen o destinan para su utilización en territorio nacional.

Este registro deberá contener, al menos, los datos siguientes: nombre comercial del producto, modelo, serie, número de lote, fecha de envío o suministro e identificación del paciente. Los productos, y/o los componentes, deberán estar identificados de forma que sea posible realizar cualquier acción adecuada que resulte necesaria cuando se manifiesten riesgos potenciales derivados de los productos y sus componentes. Los productos deberán llevar un código, que permita la identificación inequívoca del implante.

**En conclusión y por todo lo expuesto queremos ser el interlocutor del sector garantizando las buenas prácticas a través de la ética y la transparencia, avallando la más alta calidad de los implantes y tecnología médica que reciben los pacientes.**





Este libro se terminó de imprimir en el mes de julio de 2013,  
en Latingráfica S. R. L., Rocamora 4161,  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

*“Este trabajo intenta describir la heterogeneidad en la gestión de provisión de prótesis traumatológicas, caracterizando el proceso desde la prescripción del implante por un prestador hasta el análisis efectuado en el financiador a través de su auditoría médica. La provisión a través de empresas proveedoras tiene una importancia esencial en el proceso de gestión de prótesis y se destaca por su marco regulatorio heterogéneo y sin pautas claras que dará motivo a una nueva investigación.*

*(...) Asumiendo que todos los casos presentaban enfermedades de características similares pero con coberturas diferentes y encontrando que las prescripciones en muchos casos eran dependientes de las disposiciones que cada financiador imponía a sus prestadores sin significar ello un reporte de complicaciones a corto, mediano y largo plazo es que se propone una regulación universal mediante la formulación de protocolos en la gestión de provisión de implantes evitando transgresiones, ineficiencia, inequidad y desfinanciación.”*

E D I C I O N E S

Fundación  Sanatorio Güemes