



**G O B I E R N O D E L A P R O V I N C I A D E B U E N O S A I R E S**  
2021 - Año de la Salud y del Personal Sanitario

**Resolución**

**Número:**

**Referencia:** EX-2020-27796284-GDEBA-DGIIOMA- Incremento Nephrology

---

**VISTO** el expediente **EX-2020-27796284-GDEBA-DGIIOMA**, referido a la propuesta de incremento de valores de las prestaciones del segundo nivel de atención médico sanatorial contempladas en el Convenio IOMA-NEPHROLOGY S.A., de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), RESOL-2019-1908-GDEBA-IOMA, la Ley N° 6982 (T.O. Decreto 179/87), y;

**CONSIDERANDO:**

Que por las presentes actuaciones tramita la propuesta de incremento de valores de las prestaciones del segundo nivel de atención médico sanatorial contempladas en el Convenio IOMA-NEPHROLOGY S.A., de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA);

Que en el orden 3, luce la RESOL- 2019-1908-GDEBA-IOMA con los valores vigentes;

Que en el orden 5, la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médica de Establecimientos Asistenciales y la Dirección General de Prestaciones -mediante providencia de firma conjunta-, informan que la propuesta en cuestión corresponde a un incremento de los valores actuales establecidos en la RESOL-2019-1908-GDEBA-IOMA, que corresponde a aquellos incrementos otorgados para los sanatorios de CABA durante el año 2019 y los propuestos para 2020. A tales fines, acompañan el Anexo Único con el detalle de los valores sugeridos que corresponde a un 4,17 % para llegar al 25% a partir del 1 de agosto de 2019 y el porcentaje del 8% para arribar al 35%, a partir del 1 de octubre de 2019. Asimismo, proponen un incremento del 10% a partir de noviembre de 2020, según valor propuesto de octubre 2019 (IF-2021-00080473-GDEBA-IOMA). Por otra parte, aclaran que se mantiene plena conformidad con el convenio marco y ratifican la vigencia y continuidad del mismo en los demás contenidos. Por último, estiman un gasto adicional por mes de pesos setecientos ochenta mil doscientos cincuenta y cinco con sesenta y seis centavos (\$ 780.255,66);

Que en el orden 7, interviene la Dirección General de Administración sin observaciones que formular y remite los actuados a la Subdirección Contable a los fines de realizar la imputación presupuestaria a partir de noviembre de 2020;

Que en el orden 18 y 21 dictaminan la Asesoría General de Gobierno y la Contaduría General de la Provincia sin observaciones que formular desde el punto de vista de su competencia, razón por la cual son de opinión que corresponde al Directorio de este Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires (IOMA) -de considerarlo oportuno y conveniente-, aprobar la propuesta de incremento de valores que se gestiona;

Que en el orden 22, toma vista la Fiscalía de Estado y expresa que en la medida que se estime que el aumento propuesto se encuentra dentro de los rangos de razonabilidad, puede dictarse el acto administrativo en los términos proyectados;

Que en el orden 24, la Dirección de Relaciones Jurídicas es de opinión que puede el Honorable Directorio del Instituto de así considerarlo, proceder a la aprobación de los incrementos efectuados en la propuesta acompañada;

Que el Departamento Coordinación del Directorio deja constancia que, el Directorio, en su reunión de fecha 22 de enero de 2021, según consta en ACTA 3, **RESOLVIÓ** por unanimidad: aprobar un incremento de valores de las prestaciones del segundo nivel de atención médico sanatorial contempladas en el Convenio IOMA – NEPHROLOGY S.A. de la C.A.B.A, en un 4,17% para llegar a un 25% a partir del 1° de agosto de 2019 y un incremento del 8% para terminar en el 35% a partir del 1° de octubre de 2019, y un incremento del 10% a partir de noviembre de 2020, según valor propuesto de octubre 2019, conforme a los valores previstos en el IF-2021-00080473- GDEBA-IOMA, que como anexo formará parte del acto administrativo a dictarse;

Que en el orden 33, se adjunta la respectiva imputación del gasto;

Que el Directorio resolvió la presente medida en uso de sus facultades conferidas en la Ley N° 6982 (T.O. 1987), y

Por ello,

## **EL DIRECTORIO DEL INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL**

### **DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

#### **RESUELVE**

**ARTICULO 1º.** Aprobar un incremento de valores de las prestaciones del segundo nivel de atención médico sanatorial contempladas en el Convenio IOMA –NEPHROLOGY S.A. de la C.A.B.A, en un 4,17% para llegar a un 25% a partir del 1° de agosto de 2019 y un incremento del 8% para terminar en el 35% a partir del 1° de octubre de 2019, y un incremento del 10% a partir de noviembre de 2020, según valor propuesto de octubre 2019, conforme a los valores previstos en el IF-2021-00080473- GDEBA-IOMA, que como anexo forma parte del presente acto administrativo.

**ARTICULO 2º.** El gasto demandado será atendido con la siguiente imputación presupuestaria: Ju 12, Ja 0, Ent 200, Pr 1, Sp 1, Py 0, Ac 2, Ob 0, In 3, Ppr 4, Ppa 8, Spa 0, Fuente de Financiamiento 12, Presupuesto General Ejercicio 2021, Ley N° 15.225 en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires.

**ARTICULO 3º.** Registrar. Notificar a NEPHROLOGY S.A. de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y a la Fiscalía de Estado. Comunicar a la Asesoría General de Gobierno, a la Contaduría General de la Provincia, a la Dirección General de Prestaciones y por su intermedio a la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médica de Establecimientos Asistenciales. Pasar a las demás Direcciones Generales y Direcciones intervinientes del Instituto para su conocimiento. Dar al SINDMA. Cumplido, archivar.



**CONVENIO IOMA-NEPHROLOGY**

	01/08/19	01/08/19	01/10/19	01/11/20
	<b>Resol 1908/19</b>			
Pre Tx Donante Cadaverico	\$51.407	\$53.549	\$57.833	\$63.616
Pre Tx Donante Vivo	\$25.763	\$26.836	\$28.983	\$31.882
Pre Tx actualizacion DC	\$19.320	\$20.125	\$21.735	\$23.908
Pre Tx Renopancreas / Pancreas	\$59.828	\$62.321	\$67.307	\$74.037
Trasplante Renal donante cadaverico	\$306.498	\$319.268	\$344.810	\$379.291
Trasplante renal donante vivo	\$345.472	\$359.867	\$388.656	\$427.522
Trasplante Renopancreas / Pancreas	\$1.014.498	\$1.056.768	\$1.141.310	\$1.255.441
Post 1er trimestre x mes	\$7.961	\$8.293	\$8.956	\$9.852
Post segundo trimestre x mes	\$6.592	\$6.866	\$7.416	\$8.157
Post 2do semestre x mes	\$5.736	\$5.975	\$6.453	\$7.099
Post despues del año x mes	\$6.383	\$6.649	\$7.180	\$7.898
Post 1er semestre Tx renopancreas / pancreas x mes	\$11.041	\$11.501	\$12.421	\$13.663
Post 2do semestre Tx renopancreas / pancreas x mes	\$7.449	\$7.760	\$8.381	\$9.219
Post despues del año Tx renopancreas / pancreas x mes	\$7.554	\$7.869	\$8.498	\$9.348
Evaluacion Trasplante Hepático Adulto/Pediátrico		\$58.386	\$63.057	\$69.363
En caso de Trasplantes en pacientes Pediatricos se adicionara 20% al valor del MODULO				
Evaluación Trasplante Hepático del donante vivo		\$44.150	\$47.682	\$52.451
Trasplante Hepatico Adulto con donante cadavérico		\$1.061.902	\$1.146.854	\$1.261.540
Trasplante Hepatico Adulto donante vivo relacionado		\$1.173.549	\$1.267.433	\$1.394.176
Dia Cama	\$10.401	\$10.835	\$11.702	\$12.872
Dia Uti	\$23.318	\$24.289	\$26.232	\$28.856
Dia Uti Arm	\$29.166	\$30.381	\$32.811	\$36.093
<b>GUARDIA - HOSPITAL DE DIA</b>		\$1.000	\$1.100	\$1.210
INFUSION DE MEDICACION ENDOVENOSA ( No incluye medicacion) OBSERVACION CLINICA, RECUPERACIONES POST ANESTESICAS, ETC				
<b>Practicas excluidas de los modulos</b>				
Doppler	\$1.843	\$1.920	\$2.074	\$2.281
Citomegalovirus early	\$1.097	\$1.143	\$1.234	\$1.358
Dosaje ciclosporina	\$741	\$772	\$834	\$918
Dosaje Fk	\$920	\$959	\$1.035	\$1.139
Dosaje Sirolimus/ Everolimus	\$1.051	\$1.094	\$1.182	\$1.300
Dosaje Cd3	\$1.302	\$1.356	\$1.464	\$1.611
Determinación de presencia de anticuerpos anti HLA Clase I	\$3.405	\$3.547	\$3.831	\$4.214
Determinación de presencia de anticuerpos anti HLA Clase I	\$4.028	\$4.196	\$4.532	\$4.985
Determinación de Especificidad de anticuerpos anti HLA Clase I y II	\$11.780	\$12.271	\$13.252	\$14.577

Determinación de presencia de anticuerpos anti HLA Clase I y II (sin muestra del donante) hasta tres controles	\$7.624	\$7.941	\$8.577	\$9.434
Determinación de presencia de anticuerpos anti HLA Clase I y II (con muestra del donante) hasta tres controles	\$9.483	\$9.878	\$10.669	\$11.736
Pbr	\$12.865	\$13.401	\$14.473	\$15.921
Pbr a cielo abierto	\$20.791	\$21.657	\$23.390	\$25.729
Anatomia Patologica para C4D	\$5.299	\$5.520	\$5.962	\$6.558
Anatomia Patologica inmunofluorescencia	\$4.430	\$4.615	\$4.984	\$5.482
Biopsia Hepatica	\$7.938	\$8.268	\$8.930	\$9.823
Biopsia Hepatica Lap o a cielo abierto	\$14.478	\$15.082	\$16.288	\$17.917
Tac Abdomen	\$2.599	\$2.707	\$2.923	\$3.216
Tac Cerebro	\$2.599	\$2.707	\$2.923	\$3.216
Tac Torax	\$2.599	\$2.707	\$2.923	\$3.216
Hemodialisis Aguda	\$2.448	\$2.549	\$2.753	\$3.029
Feda	\$1.567	\$1.632	\$1.762	\$1.939
Colonoscopia	\$1.913	\$1.993	\$2.152	\$2.367
Transfusiones	\$1.976	\$2.058	\$2.223	\$2.445
Inmuno hematologica pre quirurgico	\$681	\$709	\$766	\$843
Plasmaferesis	\$15.615	\$16.265	\$17.567	\$19.323
Eco Stress	\$2.915	\$3.036	\$3.279	\$3.607
Cross match contra panel	\$1.764	\$1.838	\$1.985	\$2.183
Cross Match por citometria de flujo	\$4.091	\$4.261	\$4.602	\$5.062
Per Cualitativa	\$2.276	\$2.370	\$2.560	\$2.816
Per carga viral	\$3.810	\$3.968	\$4.286	\$4.714
<b>Practicas y Procedimientos nomencados por</b>				
Galeno Quirurgico	\$65	\$68	\$73	\$81
Derechos Quirurgicos	\$58	\$61	\$65	\$72
Descartables				
Anestesia				
Consulta ambulatoria	\$332	\$346	\$374	\$411

#### EVALUACION TRASPLANTE HEPATICO ADULTO/PEDIATRICO

##### Incluye

- Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico y técnico.
- Internación hasta un máximo de tres (3) días en piso de internación general en habitación compartida.
- Medicamentos y materiales descartables utilizados durante la internación comprendida en el modulo, excepto los excluidos.
- Estudios de laboratorio nomencados y los siguientes no nomencados: serología para hepatitis a, b y c, cytomegalovirus anticuerpo igg eie (cmv), epstein barr virus ac vca igg, varicela zoster ac igg, lkm ac, tbc, centrómetro ac, ca 19.9 tumor digestivo, ca 125 antígeno ovario, ferritina, alfa 1 antitripsina fenotipo, cobre en orina.
- Neumonología: nomencadas.
- Ecografía: nomencadas. Prestaciones no nomencadas: Doppler color hepatico.
- Radiología: nomencadas excepto las excluidas.
- Interconsultas con diversas especialidades.

##### Excluye

- Tomografía computada.
- Resonancia magnética nuclear.
- Estudios endoscópicos diagnósticos y terapéuticos.
- Medicina nuclear.

#### EVALUACION DEL DONANTE VIVO RELACIONADO PARA TRASPLANTE HEPATICO

Este módulo comprende la internación para la evaluación de los estudios necesarios para donante vivo.

#### **Incluye**

- Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico y técnico.
- Internación hasta un máximo de dos (2) días en piso de internación clínico, en habitación compartida.
- Estudio hemodinámico simple o angiografía con volumetría por tomografía o angiotomografía.
- Medicamentos y materiales descartables utilizados durante la internación comprendida en el módulo, excepto los excluidos.
- Estudios de laboratorio nombrados y los siguientes no nombrados: hepatitis a, anti hav igg, ferritina, cytomegalovirus anticuerpo igg eie (cmv).
- Eco doppler abdominal color, eco doppler cardiaco color, radiografía de tórax frente.
- Medicina transfusional módulo m20.

#### **Excluye**

- Tomografía computada.
- Resonancia magnética nuclear.
- Cualquier tipo de práctica quirúrgica.
- Tratamientos derivados de interconsultas a otras prácticas médicas.
- Estudios endoscópicos diagnósticos y terapéuticos.

### **TRASPLANTE HEPATICO ADULTO CON DONANTE CADAVERICO**

Este módulo comprende la realización de trasplante de hígado de donante cadavérico.

#### **Incluye**

- Internación hasta un máximo de cuarenta y cinco (45) días en sectores de alta complejidad, cuidados intensivos telemétricos o en piso de internación clínico. En este último caso, en habitación compartida de a dos con baño privado.
- Las consultas médicas por consultorios externos que sean necesarias luego de la internación, si ésta se produce antes de la finalización del período del módulo y hasta cumplirse cuarenta y cinco (45) días de realizado el trasplante.
- Gastos quirúrgicos, incluyendo los correspondientes a la ablación del órgano del donante y el trasplante.
- Todos los estudios nombrados necesarios, relacionados con el procedimiento y en la internación comprendida en el módulo. Excepto los excluidos.
- Medicamentos y material descartable utilizados durante la cirugía e internación, excepto los excluidos.
- Medicina transfusional (la reposición de la sangre quedará a cargo del paciente).
- Biopsia hepática y su estudio anatomopatológico.
- Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, de anestesia y técnico interviniente en la cirugía y durante la internación.
- Todas las reoperaciones por complicaciones propias de la cirugía original ocurridas dentro del período del módulo están comprendidas en el valor del mismo, excepto el retratamiento.

#### **Excluye**

- Traslado del órgano: el valor del presente módulo incluye el operativo de ablación dentro del área metropolitana (capital federal y conurbano bonaerense) para operativos realizados fuera de esta área, se adicionará el presupuesto de transporte aéreo y/o terrestre que corresponda. Asimismo, la entidad se compromete a hacerse cargo de los gastos de traslado por operativos frustrados, debidamente justificados, que pertenezcan al paciente al cual otorgan la cobertura.
- Según ley nacional nº 24193 art.16, se excluye el o los valores de adjudicación por la procuración de cada órgano, ya que especifica que dichos gastos estarán a cargo de las entidades encargadas de la cobertura social o sanitaria del receptor, o de éste cuando no la tuviera.
- Evaluación pre-trasplante.
- Cirugías no relacionadas con el trasplante hepático.
- Prácticas y medicamentos en atención ambulatoria.
- Prótesis y/o materiales implantables.
- Honorarios médicos y gastos por la colocación de fibra óptica para la medición de pic.
- Fibra óptica para la medición de pic y alquiler de equipo para monitoreo.
- Hemodiálisis, diálisis peritoneal y hemofiltración.
- Medicamentos: anticuerpos monoclonales y policlonales, ganciclovir, anfotericina liposomal b, gammaglobulinas de pool y/o específicas, gammaglobulina hiperinmune b, gcsf, gmsf, inmunoglobulinas específicas e inespecíficas.
- Profilaxis y tratamiento de la recurrencia de hepatitis b.

## **RETRASPLANTE**

Si fuera necesario dentro del período de cobertura del módulo, cuarenta y cinco (45 días), se facturará por valor del cincuenta (50%) por ciento del módulo. En caso de ser necesario después del período de cobertura del módulo, cuarenta y cinco (45 días), se facturará el valor total del presupuesto de otro trasplante hepático.

## **TRASPLANTE HEPÁTICO ADULTO CON DONANTE VIVO RELACIONADO**

Este módulo comprende la realización de trasplante de hígado con órgano obtenido de

## **HEPATECTOMÍA PARCIAL EN DONANTE VIVO**

### **Incluye**

- Internación hasta un máximo de siete (7) días en Piso Clínico, en habitación compartida de a dos con baño privado.
- Gastos quirúrgicos.
- Medicación y material descartable utilizados durante cirugía e internación, excepto los excluidos.
- Estudios complementarios necesarios relacionados con el procedimiento.
- Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, de anestesia y técnico.

### **Excluye**

- Otras intervenciones quirúrgicas no vinculadas con la operación original.

## **TRASPLANTE**

### **Incluye**

- Internación hasta un máximo de cuarenta y cinco (45) días en Sectores de alta complejidad, Cuidados Intensivos Telemétricos o en piso de Internación Clínico. En este último caso en habitación compartida de a dos, con baño privado.
- Las consultas médicas por consultorios externos que sean necesarias luego de la externación si ésta se produce antes de la finalización del período del módulo y hasta cumplirse los veintiún (21) días de realizado el trasplante.
- Gastos quirúrgicos.
- Todos los estudios relacionados complementarios de Radiología, Laboratorio, Tomografía Computada y los solicitados por los interconsultores, necesarios durante la internación y relacionados con el procedimiento quirúrgico.
- Medicina transfusional.
- Medicamentos y material descartable utilizados durante la cirugía e internación, excepto los excluidos.
- Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, de anestesia y técnico interviniente en la cirugía y durante la internación.
- Todas las reoperaciones por complicaciones propias de la cirugía original.

### **Excluye**

- Evaluación pre-trasplante.
- Cirugías no relacionadas con el trasplante hepático.
- Prácticas y medicamentos en atención ambulatoria.
- Prótesis y/o materiales implantables.
- Honorarios médicos y gastos por la colocación de fibra óptica para la medición de
- Fibra óptica para la medición de PIC y alquiler de equipo para
- Medicamentos: Anticuerpos Monoclonales y Policlonales, Ganciclovir, Anfotericina Liposomal B, Gammaglobulinas de pool y/o específicas, Gammaglobulina Hiperinmune B, GCSF, GMSF, Inmunoglobulinas específicas e inespecíficas.
- Profilaxis y tratamiento de la recurrencia de hepatitis B.

## **RETRASPLANTE**

Si fuera necesario dentro del período de cobertura del módulo, cuarenta y cinco (45 días), se facturará por valor del cincuenta (50%) por ciento del módulo. En caso de ser necesario después del período de cobertura del módulo, cuarenta y cinco (45 días), se facturará el valor total del presupuesto de otro trasplante hepático.





GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
Año 2021

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Informe gráfico**

**Número:**

**Referencia:** Anexo Nomenclador Nephrology

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 5 pagina/s.