

Boletín Oficial

PROVINCIA DE SALTA

Anexo

Edición N° 20.301

Salta, viernes 13 de julio de 2018

RESOLUCIÓN MINISTERIAL – M.S.P. N° 971/18
RESOLUCIÓN MINISTERIAL – M.S.P. N° 1062/18
RESOLUCIÓN MINISTERIAL – M.S.P. N° 1071/18
RESOLUCIÓN MINISTERIAL – M.S.P. N° 1126/18
RESOLUCIÓN MINISTERIAL – M.S.P. N° 1127/18
N° 205/18 – RESOLUCIÓN – AUTORIDAD
METROPOLITANA DE TRANSPORTE



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SALTA.
Secretaría General de la Gobernación.
Dirección General de Boletín Oficial.

**PROYECTO DE APLICACIÓN – GUÍA DE ASISTENCIA TRATAMIENTO
Y ACCESIBILIDAD DE ACEITE DE CANNABIS PARA PACIENTES
CON EPILEPSIA REFRACTARIA**

COMITÉ PROVINCIAL DE SUPERVISION E INVESTIGACION DEL USO
MEDICINAL DE ACEITE DE CANNABIS

MARCO DE NORMATIVO:

- Ley Nacional 27350 y Decreto Reglamentario 738/17
- Ley Provincial N° 7996/17
- Resolución Ministerial Provincial N° 1045/17
- Declaración Jurada (Disposición 840/95 de ANMAT)
- Ley N° 17.818 Estupefacientes (con listas actualizadas por Disposición ANMAT N° 4861/1997 Y 7487/1997).

LISTADO DE PATOLOGIA

Teniendo en cuenta la legislación vigente según la Administración Nacional de Medicamentos Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) conforme a la Ley 27.350 Resolución N° 1537-E/2017, la provisión de Aceite de Cannabis a pacientes con patología: Epilepsia Refractaria. De acuerdo a la investigación científica.

PRODUCTO DE IMPORTACIÓN: ACEITE CANNABIS (DESCRIPCIÓN)

Categoría del Producto: Suplemento Dietario

Presentación: Aceite de Cannabis x 30 y 100 ml

Contenido: Canabidiol 50 mg/ml

Nombre comercial: Charlotte WEB® Everyday Advance 5.000

País de importación: Estados Unidos

FLUJOGRAMA

El Proceso para el acceso gratuito de aceite de cannabis de acuerdo a la Ley Provincial N° 27350/17 y por disposición del Comité de Investigación y Supervisión de su Uso Medicinal dependiente del Ministerio de Salud Pública de la Provincia, y según evidencias científicas podrán acceder los pacientes con Epilepsia Refractaria, sujeto a pacientes sin obra social, el mismo bajo la supervisión del Área Social de Gestión de Pacientes.

En caso de pacientes que cuenten con obra social la documentación y certificación deberán ser registradas en su respectiva institución y enviada al Programa de Epilepsia de la Provincia (ProEpiSalta).

Desde el Programa ProEpiSalta se llevara el registro actualizado de pacientes, recepcionando la documentación y el certificado del médico especialista en Neurología. El mismo elevará al Comité de Supervisión e Investigación del uso Medicinal de Cannabis, un informe sobre cada caso en particular.

Posteriormente el Comité de Supervisión e Investigación del Uso Medicinal de Cannabis emitirá un instrumento legal (Resolución) a favor o proporcionando la negativa, según considere, autorizando o no la compra del producto.

En caso que el paciente cuente con obra social se enviara desde el comité la Resolución para que se proceda a la compra del producto, según normativa de la obra social interviniente.

La Dirección de Abastecimiento y Mantenimiento del MSP realizará el trámite pertinente para la compra e importación del producto.

El Programa Farmacia según normativa vigente, recepcionará e inspeccionará.

El circuito termina con la entrega del producto desde el Programa ProEpiSalta.

La administración del producto de forma subsiguiente, se realizara teniendo en cuenta el cumplimiento de las normas de seguimiento de pacientes- (formulario de seguimiento mensual, ProEpiSalta).



0971



Programa de Atención integral del Epileptico

Pro EpiSalta

PROTOCOLO DE EPILEPSIA REFRACTARIA

nombre y apellido.....DNI.....FN:.....
 direccion..... Barrio/ Villa.....
 telefono fijo:.....tel Cel:.....
 Peso:.....talla:.....
 Escolaridad
 primario completo - incompleto sec completo - incompleto terciario Univ
 certificado de Discapacidad: SI (diagnostico)..... No
 Incluir Salud: Si (numero de beneficiario)..... No
 Centro de Salud (mas proximo).....

Medico de cabecera: (Neurologo).....

ENFERMEDAD ACTUAL

fecha de diagnostico:/...../.....

fecha 1ra crisis:...../...../.....
 tipo de crisis:...generalizadas.....Focales.....otras.....
 signos localizadores?:.....

fecha de ultima crisis:...../...../.....
 tipo de crisis:.....
 signos localizadores?:.....

frecuencia de crisis: (n' de convulsiones desde la ultima visita) : x 28 =.....
dias desde la ultima visita

TRATAMIENTOS PREVIOS (MONOTERAPIA)

DROGA	DOSIS MAXIMA	TIEMPO UTILIZADO	EFECTO ADVERSO



ES COPIA

Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A. LEGAL D.A. y M. - A CARGO P. DESPACHO
M.S.P. - SALTA

ASOCIACIONES PREVIAS REALIZADAS (POLITERAPIA)

DROGA 1	DROGA 2	DOSIS MAXIMA	TIEMPO UTILIZADO	EFECTO ADVERSO
		/		
		/		
		/		
		/		

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

METODO	FECHA	INFORME
EEG		
TOMOGRAFIA		
RESONANCIA		



LABORATORIO

hemograma:
ionograma
HIV:

urea

glucemia
creatinina:

ECG:
Ecocardiograma

Holter cardiologico

Evaluacion Neuropsicologica SI
informe: (fecha)

No

Retraso Mental SI (severidad)
representante legal

No

nombre y apellido.....
parentesco:.....

ES COPIA

Dr. MARCO A. TORO VILLALBA
A. LEGAL D.A. y M. - A CARGO P. DESPACHO
M.S.P. - SALTA

ANTECEDENTES

1. Hipersensibilidad a los cannabinoides o a alguno de los excipientes. SI NO
2. antecedentes personales conocidos o sospechados de esquizofrenia u otras enfermedades psicóticas, antecedentes de trastorno grave de la personalidad u otros trastornos psiquiátricos importantes distintos de la depresión. SI NO
3. mujeres en periodo de lactancia, debido a la probabilidad de niveles considerables de cannabinoides en la leche materna y a los posibles efectos adversos en el desarrollo del lactante. SI NO
4. antecedentes de abuso de drogas del paciente y/o padres y/o tutores. SI NO
5. insuficiencia cardiaca congestiva SI NO



ES COPIA

Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A LEGAL D.A. y M. - A CARGO P. DESPACHO
M.S.P. - SALTA



PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL EPILÉPTICO

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO EPILEPSIA REFRACTARIA

Nombre y Apellido.....

DNI.....FN:.....

Dirección..... Barrio/ Villa.....

Teléfono fijo:..... Tel Cel:.....

Peso:..... talla:.....

Medico Neurólogo:

Dirección:

Diagnostico:.....
.....

ENFERMEDAD ACTUAL

Dosis (mg/kg)					
Fecha inicio					

FRECUENCIA DE CRISIS: (ultimo 30 Dias)

(n' de convulsiones desde la última visita) : x 28 =.....

Días desde la última visita

nota: (aclarar si hubo aumento de crisis, la fecha de inicio y la dosis del paciente al momento del episodio)

.....
.....
.....

ES COPIA

Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A LEGAL D.A. y M. - A CARGO P. DESPACHO
M.S.P. - SALTA





0971

- 8 -

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SALTA.

Ministerio de Salud Pública.

ProEpiSalta

INTERNACION NO SI

ESTATUS CONVULSIVO NO SI

Tratamiento
recibido:.....

.....
.....

EVENTOS ADVERSOS

SOMNOLENCIA SI NO

NAUSEAS SI NO

VOMITOS SI NO

DIARREA SI NO

FATIGA SI NO

CONSTIPACION SI NO

AGITACION / CAMBIOS DE CONDUCTA SI NO



ES COPIA

Dr. MARCOS TORO VILLALBA
A LEGAL D.A. y M. - A CARGO P. DESFAC.
M.S.P. - SALTA



Ministerio de Salud
Secretaría de Políticas, Regulación
e Institutos
A.N.M.A.T.
Instituto Nacional de Medicamentos

Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A. LEGAL D.A. y M. - ACAPG R. DESPAGUJ
M.S.P. - SALTA

**DECLARACIÓN JURADA para el RÉGIMEN DE ACCESO DE
EXCEPCIÓN A MEDICAMENTOS NO REGISTRADOS (RAEM-NR)**

Disposición 10874-E/2017 – RES. CJTA N°842 v 426/01

Yo, Dr/a Matr. Prof. Nacional N°.....

Con domicilio legal constituido en calle

N° Piso..... Dpto..... Localidad Provincia.....

Teléfono.....email:.....

Certifico haber recetado para el paciente

DNI N° Edad, domiciliado en calle:

N° Piso..... Dpto..... Localidad Provincia.....

Teléfono.....email:.....

quien padece

.....

la medicación detallada a continuación es la necesaria para un tratamiento máximo de 60
(sesenta) días corridos.

NOMBRE COMERCIAL:

EMPRESA FARMACEUTICA ELABORADORA:.....

INGREDIENTE FARMACÉUTICO ACTIVO/GENÉRICO:

Firma y sello del declarante:.....



0971

ES COPIA

Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A. LEGAL B.A. y M. - A CARGO P. DESPACH.º
M.S.P. - SALTA

FORMA FARMACÉUTICA:

VÍA DE ADMINISTRACIÓN:

PRESENTACIÓN:

PAÍS DE PROCEDENCIA:

POSOLOGÍA DIARIA: (en mg, g, mg/ml, etc)

PESO/SUPERFICIE CORPORAL DEL PACIENTE (kg/m²):

CANTIDAD DE ENVASES A IMPORTAR:

CARACTERÍSTICAS DETALLADAS DEL PACIENTE QUE JUSTIFICAN LA INDICACIÓN:

.....
.....
.....
.....
.....



Adjunto a esta declaración jurada el consentimiento informado firmado por el paciente o responsable legal (tachar el que no corresponda) donde consta que el mismo fue informado por quien suscribe que el medicamento solicitado no está registrado y no se comercializa en la República Argentina; cuáles son los riesgos y beneficios de su uso y que el uso del mismo quedará bajo mi responsabilidad profesional en mi carácter de médico tratante.

Con la presente declaración el suscripto se compromete a comunicar a la ANMAT, a través del Sistema Nacional de Farmacovigilancia, los efectos adversos serios y de los informes periódicos de los resultados de seguridad y eficacia del medicamento prescripto.

Lugar Fecha: de de 20.....

.....
Firma del médico

.....
Aclaración

.....
Nº DNI

0971



Ministerio de Salud
Secretaría de Políticas, Regulación
e Institutos
A.N.M.A.T.
Instituto Nacional de Medicamentos

Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A LEGAL D.A. y M. - A CARGO P. DESPACHO
M.S.P. - SALTA

RÉGIMEN DE ACCESO DE EXCEPCIÓN A MEDICAMENTOS NO REGISTRADOS

Disposición 10874-E/2017

Declaración de conflicto de intereses

Un conflicto de intereses se produce en aquellas circunstancias en que el juicio profesional sobre un interés primario, como la seguridad de los pacientes, la validez de una investigación, la prescripción de un tratamiento o la decisión de un acto médico puede estar influenciado en exceso por otro interés secundario, sea éste un beneficio económico financiero, profesional o de prestigio y promoción personal. Intereses personales implican honorarios o beneficios personales a un miembro del grupo e intereses no personales, implican una financiación que beneficia al departamento o unidad bajo responsabilidad del prescriptor, sin necesidad que lo reciba personalmente. Pueden considerarse como tales las ayudas económicas para crear una unidad o departamento, el apoyo financiero para la contratación de personal en dichas unidades o la financiación de la investigación en la unidad.

Ejemplos de conflictos de intereses de los profesionales con la industria de la salud y en particular con la empresa farmacéutica o empresas vinculadas, para la prescripción de medicamentos incluidos en el RAEM:

1. Recibir apoyo para acudir a reuniones y congresos (inscripciones, becas, viaje, etc.).
2. Cobrar honorarios como ponente en una reunión organizada por la compañía.
3. Recibir financiación de programas educativos o actividades de formación de esa compañía
4. Recibir apoyo y financiación para una investigación
5. Estar empleado como consultor para la compañía farmacéutica.
6. Actuar como perito judicial o parte en alguna causa relacionada con la prescripción
7. Participar en algún grupo de intereses que pueda influenciar la prescripción y promoción del medicamento.

El potencial conflicto de intereses existe con independencia de que el profesional considere que dichas relaciones tengan o no influencia sobre su criterio científico. La declaración de conflicto de intereses no impide la prescripción, pero esos deben quedar revelados.

El profesional prescriptor debe completar el siguiente formulario manifestando los conflictos de intereses actuales y de los dos últimos años, en carácter de declaración jurada.

Formulario de declaración de conflictos de intereses para prescriptores RAEM

- Nombre y apellido:
- Teléfono de contacto:
- Mail de contacto:



Luego de haber leído y comprendido la información referente a la declaración de conflictos de intereses formulo la siguiente declaración:

- No poseo ningún conflicto de intereses vinculado a la prescripción actual**
- Declaro el/los siguiente/s conflictos de intereses vinculados a la prescripción actual**

En caso afirmativo especificar el tipo de conflicto, actividades, instituciones en las cuales participó y fecha aproximada de ocurrencia.

Conflictos:

1. -----
2. -----
3. -----
4. -----
5. -----
6. -----
7. -----

Para otros posibles conflictos de intereses no señalados en los apartados anteriores (especificar):

.....

.....

.....

Firma y Aclaración.....

Fecha.../...../.....



ES COPIA

[Signature]
 DR. MARCOS A. TORO VILLALBA
 A. LEGAL D.A. y M. - A CARGO P. DESPACHO
 M.S.P. - SALTA

0971



Ministerio de Salud
Secretaría de Políticas, Regulación
e Institutos
A.N.M.A.T.
Instituto Nacional de Medicamentos

RÉGIMEN DE ACCESO DE EXCEPCIÓN A MEDICAMENTOS NO REGISTRADOS

Disposición 10874-E/2017

CONFORMIDAD DE LA INSTITUCIÓN SANITARIA

Lugar: Fecha: ... de..... de 20...

El que suscribe, Dr./a, en mi carácter de
..... del establecimiento asistencial

.....,
expreso que hemos aceptado la propuesta terapéutica realizada por el Dr./a
....., para la utilización en éste centro
asistencial del medicamento:

Dejo constancia que su indicación en este paciente individual ha sido
aprobada por el Comité de Ética de esta Institución y que su aplicación se
realizará de acuerdo con las recomendaciones establecidas en el prospecto
del producto, garantizando que se respetarán las normas éticas y legales
vigentes.

Firma de la Autoridad Responsable



ES COPIA

Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A. LEGAL D.A. y M. - A CARGO P. DESPACHO
M.S.P. - SALTA

0971



Ministerio de Salud
Secretaría de Políticas, Regulación
e Institutos
A.N.M.A.T.
Instituto Nacional de Medicamentos

RÉGIMEN DE ACCESO DE EXCEPCIÓN A MEDICAMENTOS NO REGISTRADOS

Disposición 10874-E/2017

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre y apellido del paciente, tutor o apoderado

.....

Declaro que el Dr/Dra como mi médico tratante,
me comunica la posibilidad de recibir el medicamento

.....

Declaro que me informó detalladamente sobre el tipo de medicación, su mecanismo de acción, así como de los riesgos y beneficios que podría obtener. Soy consciente que la medicación no está registrada, ni autorizada, ni disponible en el país y que puede tener efectos adversos no descriptos anteriormente. Declaro que tuve la oportunidad de realizar todas las preguntas que necesité para tomar libremente la presente decisión.

Estando en pleno conocimiento de la información disponible y sabiendo que puedo renunciar a su administración en el momento en que lo estime adecuado, acepto libremente recibir el tratamiento propuesto teniendo en cuenta que no existen otros tratamientos alternativos disponibles, así como asumo sus riesgos.

Se me ha informado que la solicitud de la medicación prescrita por mi médico bajo el régimen de RAEM-NR debe ser autorizada previamente por la ANMAT y por el Comité de Ética de la institución en el caso de requerir del establecimiento sanitario para su administración.

Se me entrega una copia de éste formulario de consentimiento informado.

Datos de contacto del médico tratante:

.....

.....

.....
Firma del paciente, tutor o apoderado

.....
Aclaración

.....
Nº DNI

ES COPIA

Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A LEGAL D.A. y M. - A CARGO P. DESPACHO
M.S.P. - SALTA

0971



Ministerio de Salud
Secretaría de Políticas, Regulación e
Institutos
A.N.M.A.T.
Instituto Nacional de Medicamentos

ES COPIA

Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A. LEGAL D.A. y M. - A CARGO P. DESPACHO
M.S.P. - SALTA

**DECLARACION JURADA PARA GESTIONAR LA IMPORTACION DE
ESPECIALIDADES MEDICINALES DE USO COMPASIVO (DISP. 840/95)
(RES. CJTA. N° 942 y 426/ 01)**

El/La Dr./a.....Matr. Prof. N°

con domicilio legal constituido en la calle.....

N°..... Piso..... Dpto.....Localidad.....teléfono.....

certifica haber recetado para el paciente.....

DNI..... Edad..... Domiciliado en la calle.....

N°..... Piso..... Dpto.....Localidad..... teléfono.....

Provincia..... quien padece.....

la medicación detallada a continuación para un TRATAMIENTO MÁXIMO de 60 (sesenta) días.

NOMBRE COMERCIAL.....

LABORATORIO PROVEEDOR.....

PRINCIPIO ACTIVO / GENÉRICO:

FORMA FARMACÉUTICA:..... VIA DE ADMINISTRACION.....

CONCENTRACIÓN/DOSIS:.....

PRESENTACIÓN:.....

PAÍS DE PROCEDENCIA.....

POSOLOGÍA DIARIA..... (en mg, g, mg/ml, etc.)

PESO /SUPERFICIE CORPORAL DEL PACIENTE (kg/ m²).....

CANTIDAD DE UNIDADES A IMPORTAR:

Firma y sello aclaratorio
de médico tratante



0971



Ministerio de Salud
Secretaría de Políticas, Regulación e
Institutos
A.N.M.A.T.
Instituto Nacional de Medicamentos

FUNDAMENTO DE LA INDICACION.....
.....
.....

¿INICIA TRATAMIENTO? SI - NO.

En caso negativo, declare si hubo efectos adversos en el tratamiento anterior

Adjunto a esta declaración jurada el consentimiento informado firmado por el paciente o responsable legal (tachar el que no corresponda) donde consta que el mismo fue informado por quien suscribe, de la especialidad medicinal.....no se comercializa en la República Argentina, cuales son los riesgos y beneficios de su uso y que el uso de la misma quedará bajo la responsabilidad del médico tratante.

Lugar..... de..... de 201...

Firma y sello aclaratorio
de médico tratante

ES COPIA

Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A. LEGAL B.A. y M. - A CARGO P. DESPACHO
M.S.P. - SALTA





CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO
CON PRODUCTOS DERIVADOS DE CANNABIS

IMPORTANTE:


El presente documento debe ser completado y firmado por el paciente. En caso de que el paciente tenga menos de 18 años deberá ser firmado por el mismo y también por su responsables legales (padre / madre / tutor).

Mediante la firma de este consentimiento Usted declara que ha leído y comprendido cada uno de los ítems listados abajo y que acepta los riesgos y medidas de precaución necesarias asociadas al tratamiento con productos derivados de cannabis.

Por favor lea cuidadosamente cada ítem a continuación y firme el consentimiento informado sólo si comprende totalmente cada uno de los ítems y está de acuerdo en seguir las instrucciones de su médico y las sugerencias del presente documento.



ES COPIA


Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
V. LEGAL D.A. y M. - A CARGO P. DESPACHO
M.S.P. - SALTA

0971



DATOS GENERALES DEL PACIENTE Y EL MÉDICO

Institución / Servicio solicitante: _____

Fecha de solicitud: ____/____/____

Paciente

Nombre completo: _____

DNI: _____ FNacimiento: ____/____/____ Edad: ____ años Peso: ____ kg

Teléfono (1): _____ (2) _____

Diagnóstico (CIE 10):

Médico tratante

Nombre: _____

Especialidad _____ Matrícula _____



ES COPIA

Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A. LEGAL D.A. y M. - A CARGO P. DESPACHO
M.S.P. - SALTA



En el estudio de referencia para el caso de uso de derivados de cannabis en epilepsia refractaria, se registraron efectos adversos en 8 de cada 10 pacientes, siendo los más comunes: somnolencia (19%), diarrea (19%), fatiga (13%) y convulsión (11%), aunque sólo en un 3% de los pacientes se interrumpió el tratamiento debido a un evento adverso. Se reportaron eventos adversos graves en 3 de cada 10 pacientes (incluyendo un caso de muerte súbita). El 12% de los pacientes tuvieron eventos adversos severos posiblemente relacionados, siendo el más común el status epiléptico (Cannabidiol in patients with treatment-resistant epilepsy: an open-label interventional trial, Devinsky O. The Lancet Neurology 2015).

Precauciones:

- Hay desconocimiento sobre efectos secundarios a largo plazo (mayor a 12 semanas), que podrían afectar el éxito total del tratamiento de ciertas dolencias, como la epilepsia refractaria, con posible aparición de cuadros más graves que los de partida, previo a su administración. No se conocen las consecuencias de consumo a largo plazo de estos derivados en los pacientes tratados (estudios crónicos), especialmente en niños y adolescentes.
- Los tratamientos conocidos hasta la fecha son considerados dosis dependiente: es decir, no se conoce a priori la dosis exacta en la cual se obtienen los resultados óptimos, por lo cual el médico tratante indicará incrementos de dosis hasta tratar de alcanzar los efectos clínicos buscados, aunque esto también puede aumentar las probabilidades descriptas de eventos adversos.
- Existen escasos estudios lo suficientemente representativos, con uso de controles y evaluación del efecto placebo, en cuanto a balance real de resultados positivos y eventos adversos, por lo que se necesitan estudios adicionales para confirmar resultados, así como determinar la composición exacta de algunos de los productos utilizados y dosis que deben emplearse.

evidencia científica, aunque débil, permite considerarla como una alternativa **adyuvante** válida.

Producto autorizado:

Aceite de cannabis, según el Régimen de Acceso de Excepción a Medicamentos, reglamentado por Disposición 10401/16 de la ANMAT.

Beneficios razonables esperados:

Reducción de la aparición de crisis convulsivas. En los estudios de referencia, la medida de resultado positivo fue la reducción en el número de crisis convulsiva a la mitad: este efecto se produjo en el 47% de los pacientes tratados.

Efectos adversos descriptos:

En revisiones sistemáticas actualizadas (79 trabajos, 6492 pacientes) de tratamientos con productos derivados de cannabis para distintas patologías, se encontraron mayores riesgos de eventos adversos a corto plazo con el uso de sus productos derivados, incluyendo casos graves. Los eventos adversos más comunes incluyeron mareos, sequedad en la boca, náuseas, fatiga, somnolencia, euforia, vómitos, desorientación, somnolencia, confusión, fatiga, pérdida de equilibrio y alucinación (Cannabinoids for Medical Use, A Systematic Review and Meta-analysis. Whiting, PF. JAMA 2015).





HOJA DE FIRMAS

He leído las hojas de información del presente Consentimiento Informado, he recibido una explicación satisfactoria sobre los procedimientos de tratamiento que se proponen y su finalidad.

Hago constar que he comprendido, en pleno uso de mis facultades mentales, los riesgos y posibles complicaciones del tratamiento propuesto, y que las explicaciones se me han dado en un lenguaje claro y sencillo, permitiéndome hacer todas las observaciones, preguntas y consultas que estimé necesarias, habiéndose aclarado todas las dudas que he planteado.

Firmo como expresión de mi decisión informada, autorizando a la Dirección de la Institución y a su equipo profesional a que realice el tratamiento con el fin de mejorar la calidad de vida o la salud.

Se me informa que puedo no consentir la realización del tratamiento referido, y que en cualquier momento y sin expresión de causa o explicación, puedo revocar este consentimiento. En caso de abandonar el tratamiento tengo como única obligación la de informar mi decisión al médico responsable.

Consentimiento del Paciente (o Asentimiento en caso de individuos entre 6-12 años)

Firma _____ Fecha ____/____/____

Consentimiento del Representante legal (padre/madre/tutor, cuando se requiera)

Firma _____ Fecha ____/____/____

Aclaración _____ DNI _____

Consentimiento del Testigo (cuando aplique)

Firma _____ Fecha ____/____/____

Aclaración _____ DNI _____



COPIA
Dr. MARCOS TORO VILLALBA
A. LEGAL D.A. y M. - A CARGO P. DESPACH
M.S.P. - SALTA

**Alternativas de tratamiento:**

Otros fármacos de síntesis química en esquemas terapéuticos alternativos, en forma individual o combinada, en modificación de dosis o vía de administración cuando sea posible.

Seguimiento:

Es necesario que el paciente cumpla con las pautas de tratamiento y seguimiento dadas por el profesional médico tratante, así como con los controles necesarios (clínicos y exámenes complementarios).

Si surgieran dudas o aparecieran reacciones adversas (esperadas o no), se contactará con el médico responsable o con el correspondiente Servicio de Urgencias/Guardia del efector o de la red de atención.

El uso de estos preparados es adicional al esquema terapéutico basal, el cual no debe abandonarse, de acuerdo al conocimiento y la evidencia existente en cuanto al tratamiento de esta patología.

De acuerdo a la evaluación de respuesta terapéutica, entendido como la combinación de resultados beneficiosos y la aparición de eventos adversos, su médico tratante o las autoridades de regulación de las autorizaciones pueden decidir retirar el tratamiento si consideran que es lo mejor para usted y su salud.



ES COPIA

Dr. MARCOS A. TORO VILLALE
A LEGAL D.A. y M. - A CARGO P. DESPACHO
M.S.P. - SALTA

REGISTRÓ DE PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA BAJO TRATAMIENTO CON DERIVADOS DE CANNABIS

DOCUMENTACION A PRESENTAR PARA INGRESAR AL Re.Can.SA

EL PROGRAMA PROVINCIAL DE EPILEPSIA (ProEpiSALTA)

RE.CAN.SA

Es un Registro Provincial para el Estudio y la Investigación del uso Medicinal de la Planta de Cannabis y sus derivados.

¿QUIÉNES PUEDEN INSCRIBIRSE EN EL ReCanSA?

Podrá inscribirse en dicho Registro toda persona que padezca EPILEPSIA REFRACTARIA y a la que el médico especialista en neurología prescriba el uso de Cannabis y sus derivados como tratamiento de dicha patología, en base a las evidencias científicas existentes. Cumpliendo las normativas vigentes de la comisión provincial de uso medicinal de cannabis.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE INSCRIBIRSE EN DICHO REGISTRO?

Integrar un Registro Provincial de Pacientes en Tratamiento (tanto para pacientes con y sin obra social. Así mismo se brindará la provisión gratuita del aceite de cannabis y sus derivados, a aquellos casos que no cuenten con ningún tipo de cobertura social. (Ver normativa correspondiente).

¿LA INSCRIPCIÓN EN EL RECANNSA REQUIERE RENOVACIÓN?

La inscripción en el ReCannSa se realiza por única vez. (formulario de ingreso ProEpiSa), sin embargo deberá completar de forma periódica el **Formulario de Seguimiento**, según considere el médico tratante para la provisión del aceite de cannabis y sus derivados, remitiendo los mismos al Programa Provincial de Atención integral del paciente Epiléptico. (ProEpiSa). (La presentación de esta documentación es excluyente)

¿CÓMO SOLICITO LA INSCRIPCIÓN AL RECANNSA?

La solicitud de inscripción en el ReCannSa tiene carácter de **DECLARACIÓN JURADA**.

La persona que requiera la inscripción al ReCannSa deberá descargar el formulario de ingreso (ProEpiSalta) de la página de **ATENCIÓN CIUDADANA DE LA PROVINCIA DE SALTA** (atencionciudadana.salta.Gob.ar) imprimirlo y completarlo con los datos requeridos, tanto del requeriente como del médico tratante.

ES COPIA

Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A. LEGAL D.A. y M. - A CARGO P. DESPACHO
M.S.P. - SALTA

0971

Se deberá adjuntar también:

1. Receta por triplicado extendida por el Médico Especialista en Neurología (Código 2081 ANMAT). Para un mes de tratamiento inicialmente. (La misma deberá presentarse como máximo a las 48 hs. de extendida la misma y del 1 al 10 de cada mes.
2. Curriculum vitae (1° Hoja)
3. Declaración Jurada (Disposición 840/95 de ANMAT)
4. Formulario conflicto de interés.
5. Consentimiento Informado (ProEpiSa)./ANMAT

El trámite se iniciara ÚNICAMENTE con la presentación de la totalidad de los requisitos solicitados.

PACIENTES DEL INTERIOR

Los pacientes del interior de la Provincia tendrán la posibilidad de enviar la documentación anteriormente detallada a través de:

- Correo Electrónico: programaepilepsiasalta@gmail.com
- Correo postal: Dirección: Avenida Sarmiento N° 225
- De manera personal apersonándose al Programa cito en calle sarmiento N° 225 de Lunes a Viernes a partir de horas 8.00 A 13.00.

Luego de ingresada la solicitud se notificará al solicitante, a través de su correo electrónico declarado, un número de registro para poder consultar el estado de su trámite. El Ministerio de Salud Pública se reserva el derecho de verificar los datos declarados y se encuentra facultado para solicitar documentación, informes y/o estudios complementarios que considere necesarios para determinar la inscripción en el ReCannSa. Analizada la solicitud, será enviada al **COMITÉ PROVINCIAL DE USO DE CANNABIS MEDICINAL**, quien emitirá una resolución tanto si la misma fuese aprobada o denegada, se informará a través del correo electrónico declarado el acto administrativo que dictamine sobre dicha solicitud. Posteriormente, la aprobación o rechazo será fehacientemente notificada al mail o personalmente en la dependencia del comité.

¿CÓMO ACCEDO A LA PROVISIÓN DEL ACEITE DE CANNABIS?

Una vez inscripto en el **ReCannSa**, el Programa Provincial de Epilepsia coordinará, por intermedio de los datos de contacto, con el solicitante la provisión del producto.

ES COPIA

0971

ANEXO I

EVIDENCIA

CONTENIDO PARA NORMATIVA DE CONSENSO PARA TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA

EPILEPSIA REFRACTARIA O FARMCORRESISTENTE

FUNDAMENTOS

La identificación de los pacientes con epilepsia refractaria es fundamental para optimizar el tratamiento farmacológico, iniciar el proceso de evaluación para determinar si son buenos candidatos quirúrgicos y, según cada caso, propiciar la cirugía u otras alternativas no farmacológicas. La epilepsia refractaria afecta aproximadamente el 30% de los pacientes con Epilepsia, como consecuencia del mal control de las crisis estos pacientes tiene aumentado el riesgo de muerte prematura, traumatismos y/o alteraciones psicosociales, así como una calidad de vida reducida. Aunque la epilepsia refractaria pudiera remitir temporalmente (4% al año en adultos, con un porcentaje mayor en los niños), la reaparición de las crisis epilépticas (CE) es frecuente. Por tanto, la identificación de pacientes con epilepsia refractaria es fundamental para facilitar el inicio de la evaluación pre-quirúrgico y establecer posibles alternativas terapéuticas en unidades o centros de especialización.

DEFINICION

La International League Against Epilepsy (ILAE) define la epilepsia refractaria como «aquella en la cual se ha producido el fracaso a 2 drogas antiepilépticas (DAE).

1. En monoterapia o en combinación (politerapia)
2. Tolerados
3. Apropiadamente elegidos y empleados de forma adecuada

PARA CONSEGUIR LA AUSENCIA MANTENIDA DE CRISIS

Se considera ausencia mantenida de crisis un periodo de un año o en caso de crisis muy esporádicas, un periodo de al menos el triple al mayor intervalo intercrisis pre tratamiento, escogiéndose el que sea mayor de ellos. (Por ejemplo, si un paciente presenta un período máximo libre de crisis de seis meses, debería estar sin crisis durante 18 meses después de la nueva intervención para considerar que se encuentra con una epilepsia controlada.

Existe un grupo adicional de pacientes que puede clasificarse con una respuesta 'indeterminada', la cual se presenta cuando no se han



ES COPIA

Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A. LEGAL D.A. y M. - A CARGO P. DESPACHO
M.S.P. - SALTA

cumplido los criterios de la definición, ya sea para el dominio de medicamentos o para

el dominio de libertad de crisis; pero posteriormente, durante el seguimiento, estos pacientes se podrán clasificar como controlados o como farmacoresistentes.

¿QUE SE CONSIDERA FRACASO?

Para responder este interrogante desde el punto de vista de las crisis son necesarias dos etapas previas:

a) Disponer de una forma confiable para establecer la frecuencia de crisis en cualquier momento.

b) Disponer de una forma coherente, confiable y objetiva para determinar el cambio en la frecuencia de las crisis.

Con respecto a la primera, consideramos que pese a sus limitaciones el "Diario de crisis" en epilepsia es el mejor instrumento para registrarla, tanto en la práctica cotidiana clínica como en la investigación. Creemos pertinente insistir en que, cuando se considera que el paciente está llegando a condiciones de refractariedad, es absolutamente imprescindible el registro objetivo de crisis y su revisión en cada consulta; reemplazar esta medición objetiva por "yo creo que está mejor o peor" es el pasaporte expedito al fracaso. Basado en el diario se determina entonces la frecuencia de crisis.

**Frecuencia de crisis: (n' de convulsiones desde la última visita): x
28**

Días desde la última visita

¿QUE SIGNIFICA APROPIADAMENTE ELEGIDO?

Significa que la DAE utilizada debe ser apropiada para el tipo de epilepsia y el tipo de crisis epiléptica de cada paciente. Siendo este medicamento utilizado efectivo en el control de las crisis epilépticas, preferiblemente en un estudio aleatorizado y controlado.

ES COPIA

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN EL ADULTO SEGÚN TIPO DE CRISIS

1- ¿Cuáles son las recomendaciones para la monoterapia de inicio en pacientes adultos con epilepsia para CRISIS FOCALES?

- Efectividad y eficacia establecida en crisis focales:
 - A.** Carbamazepina, Fenitoína, Lamotrigina (LTG), Levetiracetam (LVT) y Zonisamida. (1, 2, 3, 4, 5, 6). Nivel de evidencia 1.
 - B.** Ácido Valproico.(VPA) (7, 8). Nivel de evidencia 2.
 - C.** Gabapentina, Oxcarbazepina, Fenobarbital, Topiramato y Vigabatrina. (9, 10, 11, 12, 13, 14). Nivel de evidencia 2.

2- ¿Cuáles son las recomendaciones para la monoterapia de inicio en pacientes adultos con epilepsia para CRISIS TÓNICO CLÓNICAS PRIMARIAMENTE GENERALIZADAS?

- La efectividad y eficacia posible en crisis tónico clónicas generalizadas
 - A.** Carbamazepina, Ácido Valproico , Lamotrigina , Oxcarbazepina, Fenitoína, Topiramato, Fenobarbital. (15, 16, 17, 18). Nivel de evidencia 2.
 - B.** Gabapentina, Levetiracetam, Vigabatrina. (11). Nivel de evidencia 2.
 - C.** El topiramato como segunda línea: Topiramato es igual de efectivo que Lamotrigina y Ácido Valproico en el tratamiento de las crisis tónico clónicas generalizadas del adulto. Sin embargo, debido a su perfil de efectos secundarios debe ser considerado un fármaco de segunda línea en el tratamiento de estas crisis. (19). Nivel de evidencia 3.

3- ¿Cuáles son las recomendaciones para la monoterapia de inicio en pacientes adultos con epilepsia para crisis mioclónicas?

A. El Ácido Valproico, Levetiracetam y Topiramato tiene una efectividad y eficacia potencial en tratamiento de las crisis mioclónicas. (20, 21). Nivel de evidencia 2.



ES COPIA

Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A. LEGAL D.A. y M. - A CARGO P. DESPACH.
M.S.P. - SALTA

0971

Bibliografía

1. Baulac M, Brodie MJ, Patten A, Segieth J, Giorgi (2012). Comparison of the efficacy and tolerability of zonisamide and controlled release carbamazepine in newly diagnosed partial epilepsy: a phase 3, randomized, double blind, non inferiority trial. *Lancet Neurol* 11:579 – 588.
2. Brodie M, Richens A, Yuen AW. Double –blind comparison of lamotrigine and carbamazepine in newly diagnosed epilepsy: UK Lamotrigine / Carbamazepine Monotherapy Trial Group. *Lancet* 1995; 345 : 476 – 9.
3. Gamble C, Williamson PR, Chadwick DW, Marson AG. (2006a) A metaanalysis of individual patient responses to lamotrigine or carbamazepine monotherapy. *Neurology* 66:1310–1317.
4. Kwan P, Brodie MJ, Kälviäinen R, Yurkewicz L, Weaver J, Knapp LE (2011). Efficacy and safety of pregabalin versus lamotrigine in patients with newly diagnosed partial seizures: a phase 3, double blind, randomized, parallel- group trial. *Lancet Neurol* 10: 881 – 890
5. Reunanen M, Dam M, Yuen AW. A randomised open multicentre comparative trial of lamotrigine and carbamazepine as monotherapy in patients with newly diagnosed or recurrent epilepsy. *Epilepsy Res* 1996; 23: 149 – 55.
6. Lee S-A, Lee H-W, Heo K et al. Cognitive and behavioral effects of lamotrigine and carbamazepine monotherapy in patients with newly diagnosed or untreated partial epilepsy. *Seizure*. 2011; 20(1):49-54.
7. Callaghan N, Kenny RA, O'Neill et al. A prospective study between carbamazepine, phenytoin, and sodium valproate as monotherapy in previously untreated and recently diagnosed patients with epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1985;48: 639 – 44.
8. Loiseau P, Cohadon S, Jogeix M, et al. Efficacy of sodium valproate in partial epilepsy: crossed study of valproate and carbamazepine. *Rev Neurol (Paris)* 1984; 140: 434 – 7.
9. Arroyo S, Dodson WE, Privitera MD, et al. A randomized dose-controlled study of topiramate as first-line therapy in epilepsy. *Acta Neurol Scand* 2005; 112: 214 – 22
10. Brodie MJ, Chadwick, Anhut H, et al. Gabapentin versus lamotrigine monotherapy: a double-blind comparison in newly diagnosed epilepsy. *Epilepsia* 2002;43; 993 – 1000
11. Chadwick D. Safety and efficacy of vigabatrin and carbamazepine in newly diagnosed epilepsy: a multicentre randomized DB study: Vigabatrin European Monotherapy Study Group. *Lancet* 1999; 354: 13 – 19.
12. Chadwick DW, Anhut H, Greiner MJ, et al. A double –blind trial of gabapentin

ES COPIA

Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A. LEGAL D.A. y M. - A CARGO P. DESPACHO
M.S.P. - SALTA



monotherapy for newly diagnosed partial seizures: International Gabapentin Monotherapy Study Group 945 – 77. *Neurology* 1998; 51: 1282 – 8. 13. Tanganelli P, Regesta G. Vigabatrin vs. Carbamazepine monotherapy in newly diagnosed focal epilepsy: a randomized response conditional cross – over study. *Epilepsy Res* 1996; 257 – 62. 14. Kalviainen R, Aikia M, Saukkonen AM, et al. Vigabatrin vs carbamazepine monotherapy in patients with newly diagnosed epilepsy : a randomized, controlled study. *Arch Neurol* 1995; 52: 989 – 96. 15. Heller AJ, Chesterman P, Elwes RD, et al. Phenobarbitone, phenytoin, carbamazepine or sodium valproate for newly diagnosed adult epilepsy: a randomized comparative monotherapy trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1995; 58: 44 – 50. 16. Bill PA, Vigonius U, Pohlmann H, et al. A double – blind controlled clinical trial of oxcarbazepine versus phenytoin in adults with previously untreated epilepsy . *Epilepsy Res* 1997; 27:195 – 204. 17. Christe W, Kramer G, Vigonius U, et al. A double blind controlled clinical trial: oxcarbazepine versus sodium valproate in adults with newly diagnosed epilepsy. *Epilepsy RES* 1997; 26: 451 – 60. 18. Steinhoff BJ, Ueberall MA, Siemens H, Kurlemann G, Schmitz B, Bergamann I. (2005). The LAM- SAFE Study: lamotrigine versus carbamazepine or valproic acid in newly diagnosed focal and generalized epilepsies in adolescents and adults. *Seizure* 14:597 – 605. 19. Ramsay E, Faught E, Krumholz A, Naritoku D, Privitera M, Schwarzmann L, Mao L, Wiegand F, Hulihan J: for the CAPSS – 272 Study Group. (2010). Efficacy, tolerability and safety of rapid initiation of topiramate versus phenytoin in patients with new-onset epilepsy : a randomized double-blind clinical trial. *Epilepsia* 51: 1970 – 1977. 20. Levisohn PM, Holland KD. Topiramate or valproate in patients with juvenile myoclonic epilepsy: a randomized open-label comparison. *Epilepsy and Behavior*. 2007; 10(4):547-552. 21. Marson AG, Al – Kharusi AM, Alwaidh M, Appleton R, Baker GA, Chadwick DW, Cramp C, Cock- erell OC, Doghty J, Eaton B, Gamble C, Goudling PJ, Howell SJ, Hughes A, Jackson M, Jacoby A, Kellett M, Lawson GR, Leach JP, Nicolaidis P, Roberts R, Schackley P, Shen J, Smith DF, Smith CT, Vanoli A, Williamson PR. (2007b). The SANAD study of effectiveness of valproate, lamotrigine, or topiramate for generalized and unclassifiable epilepsy: an unblinded randomised controlled trial. *Lancet* 369: 1016 – 1026.



ES COPIA

Dr. MARGOS A. TORO VILLALBA
LEGIDA y M. A CARGO P. DESPACHO
12-05-2017

RECOMENDACIONES

Recomendaciones de la ILAE (Liga Internacional Contra la Epilepsia) para personas con EPILEPSIA MIOCLÓNICA JUVENIL (Emj). Grado de recomendación A. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN VARONES – Primera opción: VPA (una proporción de los pacientes logra control de crisis con bajas dosis). – Segunda opción: LTG o LEV en monoterapia. La elección de DAE se realiza considerando el tipo de crisis dominante (LTG más eficaz en ausencias y LEV en crisis mioclónicas). Además se toma en cuenta las comorbilidades y características individuales de la persona. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN MUJERES – Primera opción: VPA usar formulaciones de liberación extendida, en dosis no superiores a 1000 mg/día. LTG.LEV. • Cualquiera de estos DAE puede ser seleccionado en primera opción en monoterapia, dependiendo del tipo de crisis dominante, comorbilidades y características individuales de la persona.

- Otras opciones de DAE para varones y mujeres: TPM o tratamientos coadyuvantes con CLB o CNZ.

FUNDAMENTOS

• Acido Valproico

Ha sido considerado el DAE de primera elección y patrón de comparación de otros DAE en EMJ, en base a resultados de diversas series clínicas. VPA controla adecuadamente el 85% de los 3 tipos de crisis. (4, 5). Nivel de evidencia 2. Con dosis bajas de 500 mg/d es posible mantener al paciente libre de crisis. (6). Nivel de evidencia 2. El uso de dosis diarias menores a 1g y de formulaciones de liberación extendida, reduce los riesgos de teratogenicidad. (7). Nivel de evidencia 3.

• Lamotrigina:

Su uso en EMJ se basa en series clínicas, estudios retrospectivos y prospectivos. Su efectividad es menor a VPA, sin embargo tiene menor probabilidad de presentar eventos adversos y mejor tolerancia. (8). Nivel de evidencia 1. Su eficacia relativa es mayor en crisis de ausencias. (9). Nivel de evidencia 3. LTG tendría indicación como primera opción en mujeres en edad fértil, teniendo en cuenta que puede agravar las crisis mioclónicas. (10). Nivel de evidencia 2.

• **Levetiracetam:** Su uso se basa en la efectividad observada en series clínicas, estudios retrospectivos y prospectivos, especialmente en crisis TCG y mioclónicas. (11). Nivel de evidencia 2.

ES COPIA

Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A. LEGAL B.A. y M. - A CARGO P. DESPACHO
M.S.P. - SALTA

Este DAE sería efectivo en disminuir las descargas epileptiformes y la fotosensibilidad en EMJ. También es un coadyuvante efectivo y bien tolerado para los pacientes con epilepsias con crisis mioclónicas. (12). Nivel de evidencia 3.

• Topiramato: Tendría especial utilidad para el tratamiento de crisis TCG. Su uso puede considerarse en presencia de comorbilidades como obesidad y/o migraña. Es relevante considerar su efecto negativo sobre la función cognitiva. (13). Nivel de evidencia 1. • Clobazam: Se prescribe como coadyuvante. (14). Nivel de evidencia 3 • Clonazepam: Ayuda al control de crisis mioclónicas en asociación a VPA, en especial en pacientes que muestran reacciones adversas o requieren dosis muy altas de VPA. (15). Nivel de evidencia 4.

DAE QUE DETERIORAN CRISIS: • Se ha descrito precipitación o agravamiento de crisis con: 1- Carbamazepina, GBP, OXC, PHT y VGB. (16) (17). Nivel de evidencia 3. 2- Carbamazepina, GBP, OXC, PHT, TGB y VGB pueden agravar crisis de ausencias y crisis mioclónicas. (10, 16, 17). Nivel de evidencia 3.

El VPA y LTG son las primeras opciones de tratamiento; se recomienda precaución en el uso de VPA en mujeres, por el riesgo de daño al embrión/feto in útero y el desarrollo neuro-cognitivo. Las dosis de VPA mayor de 800 mg/día y en politerapia, son de mayor riesgo. También, las mujeres que toman lamotrigina y al mismo tiempo contracepción basada en estrógenos, pueden llevar a bajos niveles de lamotrigina y perder el control de las crisis. (18). Nivel de evidencia 3. • La Opinión de Expertos Europeos señala ambos fármacos como posibles primeras opciones, sin embargo en varones se inclina por VPA y en mujeres por LTG. (20). Nivel de evidencia 4.

Bibliografía 1. Consenso Chileno de Manejo de Fármacos Antiepilepticos en algunos Síndromes Electroclínicos y otras Epilepsias en Niños y Adolescentes. Mesa T., Lopez I., Föester J., Carvajal M., David P., Cuadra L. y participantes. Rev.Chil.Psiquiatr.Neurol.Infanc.Adolesc. 2011;22(3):232-274. 2. Encuesta Chilena acerca de terapia farmacológica en epilepsias del niño y el adolescente. Carvajal, M., Cuadra L., David P., Föester J., Mesa T, Lopez I. Rev.Chil.Psiquiatr.Neurol. Infanc. Adolesc. 2010;21(1):32-42. 3. Guía Clínica 2008 Epilepsia en el Niño. Ministerio de Salud- Subsecretaría de Salud Pública. 4. Delgado-Escueta 1984, Delgado-Escueta A.V. and Enrique-Bacsal, F. Juvenile myoclonic epilepsy of Janz. Neurology, 1984 34: 285-94. 5. Mazurkiewicz-Beldzińska 2010). Mazurkiewicz-Beldzińska M, Szmuda M, Matheisel A. Long-term efficacy of valproate versus

ES COPIA

Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A. LEGAL B.A. y M. - A CARGO P. DESPACHO
M.S.P. - SALTA

lamotrigine in treatment of idiopathic generalized epilepsies in children and adolescents. *Seizure* 2010; 19:195-7. 6. Karlovassitou-Koriari A, Alexiou D, Angelopoulos P, et al. Low dose sodium valproate in the treatment of juvenile myoclonic epilepsy. *J Neurol*. 2002; 249:396-9. 7. Vajda FJ, O'Brien TJ, Hitchcock A, Graham J, Cook M, Lander C, Eadie MJ. Critical relationship between sodium valproate dose and human teratogenicity: results of the Australian register of anti-epileptic drugs in pregnancy. *J Clin Neurosci* 2004; 11:854-858. 8. Marson AG, Al-Kharusi AM, Alwaidh M, et al. SANAD Study group. The SANAD study of effectiveness of valproate, lamotrigine, or topiramate for generalized and unclassifiable epilepsy: an unblinded randomised controlled trial. *Lancet* 2007;369:1016-1026.

9. Mazurkiewicz-Beldzińska M, Szmuda M, Matheisel A. Long-term efficacy of valproate versus lamotrigine in treatment of idiopathic generalized epilepsies in children and adolescents. *Seizure* 2010;19:195-7. 10. Crespel A, Genton P, Berramdane M, Coubes P, Monicard C, Baldy-Moulinier M, Gelisse P. Lamotrigine associated with exacerbation or de novo myoclonus in idiopathic generalized epilepsies. *Neurology*, 2005; 65:762-764. 11. Sharpe DV, Patel AD, Abou-Khalil B, Fenichel GM. Levetiracetam monotherapy in juvenile myoclonic epilepsy. *Seizure*. 2008; 17:64-8. 12. Noachtar S, Andermann E, Meyvisch P, Andermann F, Gough WB, Schieman-Delgado J; N166 Levetiracetam Study Group. Levetiracetam for the treatment of idiopathic generalized epilepsy with myoclonic seizures. *Neurology*. 2008; 70:607-16. 13. Levisohn PM, Holland KD. Topiramate or valproate in patients with juvenile myoclonic epilepsy: a randomized open-label comparison. *Epilepsy Behav*. 2007; 10:547-52. 14. Kalra V, Seth R, Mishra D, Saha NC. Clobazam in refractory childhood epilepsy. *Indian J Pediatr*. 2010;77:263-6. 15. Verrotti A, Manco R, Marco G, Chiarelli F, Franzoni E. The treatment of juvenile myoclonic epilepsy. *Expert Rev Neurother* 2006; 6:847-854. 16. Perucca E, Gram L, Avanzini G, Dulac O. Antiepileptic drugs as a cause of worsening seizures. *Epilepsia*. 1998; 39:5-17. 17. Somerville ER. Some treatments cause seizure aggravation in idiopathic epilepsies (especially absence epilepsy). *Epilepsia* 2009; 50 (Suppl.8):31-39. 18. Crespel A, Genton P, Berramdane M, Coubes P, Monicard C, Baldy-Moulinier M, Gelisse P. Lamotrigine associated with exacerbation or de novo myoclonus in idiopathic generalized epilepsies. *Neurology*, 2005; 65:762-764. 19. Guía NICE (2004) y la puesta al día NICE (2012) (Appleton R et al: Diagnosis and management of the epilepsies in children: a summary of the partial update of the 2012 NICE epilepsy guideline. *Arch Dis Child* 2012;97:1073-1076). 20. Wheless JW, Clarke DF, Arzimanoglou A et al. Treatment of pediatric epilepsy: European expert opinion. *Epileptic Disord* 2007. 9, (4) 353-412.

ES COPIA

Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A. LEGAL D.A. y M. - A CARGO P. DESPACHO
M.S.P. - SALTA

0971

QUE SIGNIFICA EMPLEADO DE FORMA ADECUADA?

Es decir, adecuadamente administrado, logrando dosis terapéuticas por un lapso de tiempo prolongado, y adecuadamente tolerado, haciendo énfasis en que la suspensión de un medicamento debido a efectos adversos no debe formar parte del concepto de fallo terapéutico.

TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA REFRACTARIA EN ADULTOS

1- ¿Cómo evaluar el DAE a usar ante una persona con epilepsia refractaria?

- La elección de las combinaciones de DAE debe ser guiada por el perfil de efectos adversos y por las interacciones farmacológicas. (10). Nivel de evidencia 3.
- La elección de DAE en combinación debe ser de acuerdo al tipo de crisis del paciente y debiera limitarse a dos o máximo a tres FAE. (10). Nivel de evidencia 3.
- Existe evidencia de que la combinación de DAE con distintos mecanismos de acción puede favorecer la efectividad, lo que ocurre por ejemplo cuando se combina lamotrigina con ácido valproico , (10, 12, 13), Nivel de evidencia 3, pero no cuando se combina lamotrigina con carbamazepina o Fenitoína. (10). Nivel de evidencia 3.
- Cuando se usa la combinación ácido valproico con lamotrigina, hay que recordar que valproato aumenta marcadamente la vida media de lamotrigina y disminuye su clearance. Por lo tanto, dosis menores a las usadas habitualmente en monoterapia con lamotrigina deben ser usadas en este caso. (11). Nivel de evidencia 3.
- Levetiracetam puede también tener sinergismo con varios otros FAE, particularmente con valproato. (14). Nivel de evidencia 4.
- Vigabatrina debe ser vista como la última elección debido a su asociación con defectos de campo visual irreversibles. (10). Nivel de evidencia 3.
- Los mecanismos por los cuales estas drogas pueden gatillar crisis incluyen: (10). Nivel de evidencia 3. - Reducción del umbral convulsivo. - Disminución en los niveles del FAE a través de interacciones farmacocinéticas. - Efectos secundarios de los mismo DAE (p. ej, hiponatremia por carbamazepina).



ES COPIA

Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
SECRETARÍA DE PLANEAMIENTO Y RELACIONES CON LA COMUNIDAD
SALTA - SALTA

0971

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ESPECÍFICO: EPILEPSIA

FARMACORRESISTENTE O REFRACTARIA

1-Epilepsia refractaria con crisis focales monoterapia:

- a) Lamotrigina. (2). Nivel de evidencia 2.
- b) Topiramato (2). Nivel de evidencia 2.
- c) Oxcarbazepina (2). Nivel de evidencia 2.
- d) Indicar carbamazepina, clobazam, gabapentina, lamotrigina, levetiracetam, oxcarbazepina, ácido valproico o topiramato como tratamiento adjunto a adultos con crisis focales si los DAE de primera línea son inefectivos o mal tolerados. Advierta los riesgos teratogénicos del ácido valproico. (3). Nivel de evidencia 3.

Si el tratamiento adjunto es inefectivo o mal tolerado, refiera al paciente a un centro especializado. Otras opciones que pueden ser consideradas a nivel terciario son lacosamida, fenobarbital, Fenitoina o pregabalina. (3). Nivel de evidencia 3.

- Terapia asociada: (Adjunta)

- I. Gabapentina: (2). Nivel de evidencia 2.
- II. Lamotrigina:(2). Nivel de evidencia 2.
- III. Topiramato: (2). Nivel de evidencia 2.
- IV. Oxcarbazepina (2).Nivel de evidencia 2.
- V. Levetiracetam: (2).Nivel de evidencia 2.

Acetazolamida puede ser efectiva en epilepsia focal resistente a fármacos cuando otros DAE de primera y segunda línea han fallado. (10). Nivel de evidencia 3.

Si se decide usar una terapia combinada, el paciente primero debe ser establecido en la mejor opción de monoterapia en dosis óptima, es decir aquella que no produzca efectos colaterales.

Distintos DAE apropiados para el síndrome epiléptico en particular deben ser agregados en forma secuencial, aumentando la dosis de cada uno lentamente hasta obtener la máxima respuesta con mínima toxicidad.

El objetivo es la libertad de crisis. Si el control es importante, pero no completo y el control de crisis se alcanza con una combinación particular, puede ser recomendable intentar adicionar una pequeña dosis de un tercer DAE. (10). Nivel de evidencia 3.

ES COPIA

Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A. LEGAL D.A. y M. - A CARGO P. DESPACHO
M.S.P. - SALTA

Si los intentos de terapia combinada no benefician en forma significativa al paciente, debe revertirse el régimen (en monoterapia o en tratamiento combinado) que ha probado ser el más aceptable para el paciente, en términos de proveer el mejor equilibrio entre la efectividad para reducir la frecuencia de crisis y la tolerabilidad de los efectos colaterales. (3). Nivel de evidencia 3. En algunos casos será necesario aceptar la persistencia de algunas crisis una vez que un rango de opciones de tratamiento farmacológico ha sido probado. La mejoría en el control de crisis debe ser equilibrada con una óptima calidad de vida. La ocurrencia de episodios menos severos, la abolición de las crisis tónico-clónicas, la prevención de las caídas y disminución de automatismos complejos puede ser un objetivo aceptable en algunos pacientes. (10). Nivel de evidencia 3.

EPILEPSIA CON CRISIS TÓNICO-CLÓNICAS GENERALIZADAS REFRACTARIAS

- Topiramato:(2). Nivel de evidencia 2.
- Ofrezca clobazam, lamotrigina, levetiracetam, ácido valproico o topiramato como tratamiento adjunto a adultos con crisis tónico-clónicas generalizadas si los FAE de primera línea son inefectivos o mal tolerados. Adverta los riesgos teratogénicos del ácido valproico. (3). Nivel de evidencia 3.
- Si el tratamiento adjunto es inefectivo o mal tolerado,refiera al paciente a un centro especializado en epilepsia y considerar usar clobazam, levetiracetam o topiramato. (3). Nivel de evidencia 3.

EPILEPSIA CON CRISIS DE AUSENCIAS

- Si dos DAE de primera línea son inefectivos en adultos con crisis de ausencias, considere una combinación de dos de estos tres DAE como tratamiento adjunto: 1. etosuximida, lamotrigina o ácido valproico. Adverta los riesgos teratogénicos del ácido valproico. (3). Nivel de evidencia 3.
- Si el tratamiento adjunto es inefectivo o mal tolerado, refiera al paciente a un centro especializado en epilepsia y considere usar clobazam, clonazepam, levetiracetam o topiramato. (3). Nivel de evidencia 3.

No indique carbamazepina, gabapentina, oxcarbazepina, fenitoína, pregabalina ni vigabatrina. (3). Nivel de evidencia 3.



ES COPIA

Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A. LEGAL D.A. y M. - ACARGO P. DESPACH
M.S.P. - SALTA

EPILEPSIA CON CRISIS MIOCLÓNICAS

- Ofrezca levetiracetam, ácido valproico o topiramato como tratamiento adjunto a adultos con crisis mioclónicas si los DAE de primera línea son inefectivos o mal tolerados. Advierta los riesgos teratogénicos del ácido valproico. (3). Nivel de evidencia 3.
- Si el tratamiento adjunto es inefectivo o mal tolerado, refiera al paciente a un centro especializado en epilepsia y considere clobazam, clonazepam, o piracetam. (3). Nivel de evidencia 3.

No indique carbamazepina, gabapentina, oxcarbazepina, fenitoína, pregabalina ni vigabatrina. (3). Nivel de evidencia 3.

EPILEPSIA CON CRISIS TÓNICAS O ATÓNICAS

Ofrezca lamotrigina como tratamiento adjunto a adultos con crisis tónicas o atónicas si el ácido valproico es inefectivo o mal tolerado. (3). Nivel de evidencia 3.

Refiera a un centro especializado en epilepsia si el tratamiento adjunto es inefectivo o mal tolerado donde el especialista puede considerar uso de topiramato. (3). Nivel de evidencia 3.

No indique carbamazepina, gabapentina, oxcarbazepina, pregabalina ni vigabatrina. (3). Nivel de evidencia 3.

SINDROME DE DRAVET

- Refiera a un centro especializado en epilepsia • clobazam o stiripentol como tratamiento adjunto. (3). Nivel de evidencia 3.

No indique carbamazepina, gabapentina, lamotrigina, oxcarbazepina, fenitoína, pregabalina ni vigabatrina. (3). Nivel de evidencia 3.

SINDROME DE LENNOX-GASTAUT

- Lamotrigina puede usarse para el tratamiento de crisis de caídas asociadas con S. de Lennox-Gastaut en adultos. (2). Nivel de evidencia 2.
- Topiramato puede usarse para el tratamiento de crisis de caídas asociadas con S. de Lennox-Gastaut en adultos. (2). Nivel de evidencia 2.
- Ofrezca Lamotrigina como tratamiento adjunto a adultos con síndrome de Lennox-Gastaut si el tratamiento con ácido valproico es inefectivo o mal tolerado. (3). Nivel de evidencia 3.
- Si el tratamiento adjunto es inefectivo o mal tolerado refiera al paciente a un centro especializado en epilepsia. Otro DAE que puede considerarse a nivel terciario es topiramato. (3). Nivel de evidencia 3.



No indique carbamazepina, gabapentina, oxcarbazepina ni pregabalina. (3). Nivel de evidencia 3

EPILEPSIA IDIOPÁTICA GENERALIZADA (EIG)

- Ofrezca lamotrigina, levetiracetam, ácido valproico o topiramato como tratamiento adjunto a adultos con EIG si los FAE de primera línea son inefectivos o mal tolerados. Advierta los riesgos teratogénicos del ácido valproico. (3). Nivel de evidencia 3.
- Acetazolamida puede ser efectiva como tratamiento adjunto en EIG resistente a fármacos cuando otros FAE de primera y segunda línea han fallado. (10). Nivel de evidencia 3.
- **EPILEPSIA MIOCLÓNICA JUVENIL (EMJ)** • Ofrezca lamotrigina, levetiracetam, ácido valproico o topiramato como tratamiento adjunto a adultos con EMJ si el tratamiento de primera línea es inefectivo o mal tolerado. Advierta los riesgos teratogénicos del ácido valproico. (3). Nivel de evidencia 4.
- Si el tratamiento adjunto es inefectivo o mal tolerado, refiera al paciente a un centro especializado en epilepsia y considere clobazam o clonazepam. (3). Nivel de evidencia 3.

EPILEPSIA SÓLO CON CRISIS TÓNICO-CLÓNICO GENERALIZADAS

- Ofrezca clobazam, lamotrigina, levetiracetam, ácido valproico o topiramato como tratamiento adjunto a adultos con epilepsia sólo con crisis tónico-clónico generalizadas si los DAE de primera línea son inefectivos o mal tolerados. Advierta los riesgos teratogénicos del ácido valproico. (3). Nivel de evidencia 3.

EPILEPSIA DE AUSENCIA JUVENIL U OTROS SÍNDROMES DE EPILEPSIA DE AUSENCIAS

- Si dos DAE de primera línea son inefectivos en adultos con síndromes de epilepsia de ausencias, considere una combinación de dos de estos tres FAE como tratamiento adjunto: 1. etosuximida 2. lamotrigina 3. ácido valproico. (3). Nivel de evidencia 3.
- Si el tratamiento adjunto es inefectivo o mal tolerado, refiera al paciente a un centro especializado en epilepsia y considere clobazam, clonazepam levetiracetam o topiramato. (3). Nivel de evidencia 3.



ES COPIA

EPILEPSIA REFRACTARIA EN EL ANCIANO

La mayoría de las epilepsias del anciano son focales y responden bien a DAE de primera línea. Hasta ahora no hay estudios controlados randomizados en epilepsia refractaria en ancianos. (4). Nivel de evidencia 3. Los nuevos DAE en general son mejor tolerados, tienen menos interacciones farmacológicas, cinética más predecible, pero son de mayor costo. (4). Nivel de evidencia 3. Fenobarbital y primidona no se recomiendan en el tratamiento de la epilepsia en ancianos dado sus efectos deletéreos a nivel cognitivo. (5). Nivel de evidencia 3.

Gabapentina y lamotrigina son mejor tolerados en ancianos que carbamazepina. (5). Nivel de evidencia 3. Levetiracetam es efectivo y bien tolerado en ancianos. (5). Nivel de evidencia 3.

BIBLIOGRAFIA

1. Kwan P, Arzimanoglou A, Berg AT, Brodie MJ, Allen Hauser W, Mathern G, Moshé SL, Perucca E, Wiebe S, French J. Definition of drug resistant epilepsy: consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies. *Epilepsia*. 2010 Jun;51(6):1069-77. Erratum in: *Epilepsia*. 2010 Sep;51(9):1922. GUÍA CLÍNICA AUGÉ. EPILEPSIA AdULToS
2. Efficacy and tolerability of the new antiepileptic drugs II: Treatment of refractory epilepsy. Report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee and Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Epilepsy Society. J.A. French, MD*; A.M. Kanner, MD†; J. Bautista, MD; B. Abou-Khalil, MD; T. Browne, MD; C.L. Harden, MD; W.H. Theodore, MD; C. Bazil, MD, PhD; J. Stern, MD; S.C. Schachter, MD; D. Bergen, MD; D. Hirtz, MD; G.D. Montouris, MD; M. Nespeca, MD; B. Gidal, PharmD; W.J. Marks, Jr., MD; W.R. Turk, MD; J.H. Fischer, MD; B. Bourgeois, MD; A. Wilner, MD; R.E. Faught, Jr., MD; R.C. Sachdeo, MD; A. Beydoun, MD; and T.A. Glauser, MD. *Neurology*. 2004;62:1261-1273.
3. The epilepsies: the diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care. NICE clinical guideline 137. guidance.nice.org.uk/cg137
4. Waterhouse E, Towne A. Seizures in the elderly: nuances in presentation and treatment. *Cleveland clinic journal of medicine*. Oct 2005; Vol 72, suppl 3, S26-S37
5. LE Morillo. Temporal lobe epilepsy in the elderly. *Epilepsy research and treatment*. Vol 2012, article ID 641323, 1-5.
6. John J. Barry , Alan B. Ettinger, Peggy Friel , Frank G. Gilliam, Cynthia L. Harden, Bruce Hermann, 1, Andres M. Kanner,

ES COPIA

0971

Rochelle Caplan, Sigita Plioplys, Jay Salpekar, David Dunn, Joan Aus- tin, Jana Jones. Consensus statement: The evaluation and treatment of people with epilepsy and affective disorders. *Epilepsy & Behaviour* 13(2008), S1- S29.

7. Foldvary-Schaefer N. Sleep apnea and epilepsy: who's at risk?. *Clinical Research Scholars Pro- gram*, Case Western Reserve University, January, 2011
8. Devinsky O, Ehrenberg B, Barthlen GM, Abramson HS, Luciano D. Epilepsy and sleep apnea syndrome. *Neurology*. 1994 Nov;44(11):2060-4.
9. Eric H. Kossoff, Gregory L. Krauss, Jane R. McGrogan, John M. Freeman. Efficacy of the Atkins diet as therapy for intractable epilepsy. *Neurology*, December 23, 2003 vol. 61 no. 12 1789-1791
10. Scottish Intercollegiate Guidelines Network Diagnosis and Management of Epilepsy in Adults. A national clinical guideline. Abril 2003. www.sign.ac.uk/pdf/sign70.pdf
11. Anderson GD, Yau MK, Gidal BE, Harris SJ, Levy RH, Lai AA, Wolf KB, Wargin WA, Dren AT. Bidi- rectional interaction of valproate and lamotrigine in healthy subjects. *Clin Pharmacol Ther*. 1996 Aug;60(2):145-56.
12. Pisani F, Oteri G, Russo MF, Di Perri R, Perucca E, Richens A. The efficacy of valproate-lamo- trigine comedication in refractory complex partial seizures: evidence for a pharmacodynamic interaction. *Epilepsia*. 1999 Aug; 40(8):1141-6.
13. Moeller JJ, Rahey SR, Sadler RM. Lamotrigine-valproic acid combination therapy for medically refractory epilepsy. *Epilepsia*. 2009 Mar;50(3):475-9. doi: 10.1111/j.1528-1167.2008.01866.x. Epub 2008 Nov 19.
14. Erik K St. Louis. Truly "Rational" Polytherapy: Maximizing Efficacy and Minimizing Drug Inter- actions, Drug Load, and Adverse Effects. *Curr Neuropharmacol*. 2009 June; 7(2): 96-105.
15. Gilliam FG, Barry JJ, Hermann BP, Meador KJ, Vahle V, Kanner AM. Rapid detection of major depression in epilepsy: a multicentre study. *Lancet Neurol*. 2006 May;5(5):399-405



ES COPIA

Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A LEGAL D.A. y M. - A CARGO P. DESPACHO
M.S.P. - SAIT*

0971

CAUSAS DE ERROR EN EL DIAGNÓSTICO DE UNA EPILEPSIA REFRACTARIA

La evaluación de pacientes con epilepsia refractaria en un centro especializado permitirá excluir causas de pseudofarmacorresistencia (hasta el 25% de los pacientes remitidos a un centro especializado no tienen epilepsia y los diagnósticos más habituales en estos casos son síncope, pseudocrisis, trastornos del sueño) 7. La realización de la monitorización vídeo-electroencefalográfica resulta fundamental en la caracterización de los episodios. Es necesario optimizar el tratamiento médico, ya que existen DAE eficaces para determinados tipos de CE que pueden agravar otros. Hay que asesorar al paciente sobre factores que puedan dificultar el control de las CE, como el incumplimiento terapéutico, la privación de sueño, enfermedades intercurrentes, alcohol, cambios hormonales o interacciones farmacológicas.

FIRMA INTEGRANTES DEL COMITÉ DE SUPERVISION E INVESTIGACION USO MEDICINAL DEL CANNABIS MSP.



[Signature]
LIC ANA INES REARTES
Secretaria de Planeamiento y
Relaciones con la Comunidad
M.S.P

[Signature]
Farm. Marcela Ruiz
Presidente Colegio de
Farmacéuticos de
Salta

[Signature]
DRA. ELBA MARINA LARREA DE LINARES
DIRECTORA TÉCNICA PCIA. CENTRAL
INSTITUTO PCIAL. DE SALUD DE SALTA

[Signature]
Dra. Gladis Sánchez
Coordinación Ejecutiva
Programa IPS

[Signature]
Farm. Isabel del V. Morales
Colegio de Farmacéuticos

[Signature]
GUSTAVO VACHA
MEDICO - M.P. 3105
Especialista en Psiquiatría

[Signature]
IVAN G. ROLLAN
NEURÓLOGO
M.P. 3400

[Signature]
Dr. Carolina Juan Pablo

ES COPIA

[Signature]
Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A. LEGAL D.A. y M. - A CARGO P. DESPACHO
M.S.P. - SALTA

1062



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SALTA.

Ministerio de Salud Pública.

Dd. 24/18

CRITERIOS GENERALES Y COMUNES A LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON DERECHO A LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO (I.L.E.)

PUNTO 1: Los equipos de salud son los primeros responsables de la provisión de la I.L.E.

La I.L.E. (interrupción legal embarazo) es también conocida y considerada bajo el concepto de ABORTO NO PUNIBLE (ANP), y es éste, el marco conceptual de abordaje.

PUNTO 2: Los equipos de salud están obligados a prevenir y buscar evitar peligros y daños a la integridad física y psíquica de quien acude al sistema de salud, ya sea que se trate de los subsistemas: público, de obras sociales o privado.

PUNTO 3: La decisión de la mujer es incuestionable y no debe ser sometida por parte de los profesionales de la salud, a juicios de valor derivados de sus consideraciones personales ni religiosas.

PUNTO 4: Son principios rectores de la intervención la AUTONOMIA, ACCESIBILIDAD, NO JUDICIALIZACION, CONFIDENCIALIDAD, PRIVACIDAD, CELERIDAD, TRANSPARENCIA ACTIVA.

PUNTO 5: Es necesario y obligatorio dejar constancia en la historia clínica del proceso I.L.E., debiendo extenderse por duplicado los formularios correspondientes a la declaración jurada, solicitud de práctica y consentimiento informado, quedando el original en la Historia Clínica y el duplicado ser entregado a la paciente.

PUNTO 6: Se deberá considerar, a los fines de respetar los principios generales para la atención de niñas, niños y adolescentes, que la salud es un DERECHO HUMANO que corresponde a toda persona, cualquiera sea su edad, que se presume la capacidad de todas las personas independientemente de su edad, se define niñas/os a las personas hasta los 13 años y adolescentes a quienes tienen entre 13 y 18 años.

PUNTO 7: El régimen legal para el consentimiento autónomo en el cuidado de su propio cuerpo (art. 26 CCyC), establece:

COPIA
DE MARCO ANTONIO TORO VILLALBA
SECRETARÍA DE AGRIPECUARIANÍA Y DESARROLLO RURAL
GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SALTA



1062



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SALTA

Ministerio de Salud Pública.

Ninas/os hasta 13 años: brindan su consentimiento con asistencia, debe considerarse el interés superior y su autonomía progresiva.

Adolescente de 13 a 16 años: pueden consentir toda practica que no implique riesgo grave, para su salud o su vida (la evaluación de la gravedad de los tratamientos debe realizarla el profesional, basándose en evidencia científica).

Adolescente a partir de los 16 años: tienen capacidad plena para la toma de decisiones sobre el cuidado del propio cuerpo como persona adulta.

PUNTO 8: Son circunstancias y causales de la interrupción legal del embarazo el **riesgo de vida, el riesgo o peligro para la salud en su concepto integral** y que el embarazo haya sido producto de una **violación**.

PUNTO 9: Todo profesional de la salud tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia, con respecto a la práctica del aborto no punible, SIEMPRE Y CUANDO no se traduzca en dilación, retardo o impedimento para el acceso a esta práctica médica.

PUNTO 10: La objeción de conciencia es individual nunca institucional, por lo que todos los efectores de salud, deben garantizar su abordaje y realización en los casos con derecho a acceder a ella.

PUNTO 11: Las demoras innecesarias, el brindar información falsa o negarse a llevar a cabo el tratamiento constituyen actos sancionables administrativa, civil y penalmente.

PUNTO 12: El proceso de atención no culmina con el procedimiento de I.L.E. se debe brindar acompañamiento psicológico, información sobre fertilidad futura, estado de salud u otras intervenciones necesarias.

PUNTO 13: Toda persona posteriormente a la realización del proceso I.L.E, debe recibir ANTICONCEPCION y la CONSEJERIA NECESARIA.

PUNTO 14: Es responsabilidad de los efectores aplicar el protocolo de abuso sexual y la disponibilidad de los kits de abuso y el correspondiente cumplimiento de utilización e informe de los casos, según consta en Memorandum Nro. _____




Dr. Angel Francisco MARINARO RODÓ
Secretario de Servicios de Salud
M.S.P.


DR. ROQUE MASCARELLO
Ministro de Salud Pública

ES COPIA
Dr. MARCO A. TORO VILLALEA
A LEGALDA Y EL ABOGADO PUBLICO
M.S.P. - SALTA



Estándares para Habilitación y Supervisión de las Instituciones públicas y privadas de la Provincia de Salta que brindan prestaciones en Adicciones

El contenido del presente, tiene fundamento en el art. 34 de la Ley Nacional 26.657 y su Decreto Reglamentario, a fin de garantizar el cumplimiento de todos los derechos establecidos en el art. 7º y demás previsiones de la Ley Nacional de Salud Mental. Como así también el art.3 de la Ley I.A.C.O.P 26.934 y todas las demás leyes de protección a los Derechos Humanos.

Su objeto, es establecer claramente los requerimientos para habilitación y supervisión periódica de los Servicios de Salud Mental Públicos o Privados que abordan específicamente la problemática de adicciones en todo el territorio de la Provincia de Salta, para garantizar la calidad de los servicios. Los mismos se regirán por los requisitos establecidos en la Resolución Ministerial Nº 150/17 y R.M. 0848/17, además de los contenidos en el presente Anexo o las normas que en el futuro reemplacen a las ya mencionadas.

Normativas Generales

1.-Para la habilitación por el Ministerio de Salud Pública de la Provincia, se requerirá el cumplimiento de las condiciones establecidas en las resoluciones antes mencionadas. Estas condiciones deberán conservarse a lo largo del período en el cual las Instituciones continúen cumpliendo tareas para las que solicitaron su habilitación.

2.- Las Instituciones aspirantes a la habilitación por la Autoridad de Aplicación (a través de PRO.FI.C.C.S.SA. respecto de la estructura edilicia/física y de la Secretaría de Adicciones en lo referido a los servicios asistenciales ofrecidos), deberán presentar la documentación que correspondiere de acuerdo a las características de las mismas, solicitada en la Resolución Ministerial Nº150 y toda aquella solicitada por la Autoridad de Aplicación.



ES COPIA

Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A. LEGAL D.A. y M. - CARLOS P. DEBIAHO
M.B.P. - SALTA



Normativas específicas

- 1.- La profesionalización de los servicios ofrecidos constituye un aspecto fundamental e insoslayable, por lo que las Instituciones, deberán contar con un Equipo Interdisciplinario, integrado de acuerdo a lo establecido en Anexo I del presente.
- 2.- Las Instituciones habilitadas como centros de prevención y asistencia de los consumos problemáticos deberán cumplir las prestaciones y estándares establecidos en el Protocolo Terapéutico que se adjunta en el Anexo II, -para lo cual deberán cubrir la totalidad de los requisitos previstos para los distintos niveles que se mencionan en los artículos posteriores-. Así mismo dar cumplimiento con lo requerido en Anexo Planta Física.
- 3.- La Institución deberá contar con Historias Clínicas actualizadas de cada paciente, según modelo propuesto por la Secretaría, que se adjunta en Anexo III. Las mismas deberán contener el Consentimiento Informado y Acta de Compromiso del Asistido (Anexo IV), firmados por un representante institucional, el paciente y un referente, en caso de que lo hubiera.
- 4.- Las transgresiones a lo establecido en el presente, serán pasibles de sanción según las normas y procedimiento vigentes establecidos por la Autoridad de Aplicación.



ES COPIA

Dr. MARCOS TORO VELAZA
ALEGDA Y M. ACANOT
M.S.P. - SA



ANEXO I

Conformación del Equipo Interdisciplinario

Director General o Institucional (profesional idóneo en el tema)

Es el responsable de garantizar las condiciones necesarias para que la Institución cumpla con su objetivo de brindar tratamiento por problemáticas de consumo, tanto en lo referido a los recursos humanos como en materiales.

Tiene a su cargo las relaciones con otras Instituciones y la sociedad en general, y debe favorecer las articulaciones interinstitucionales tendientes a aumentar las oportunidades de inclusión de los asistidos, de formación continua de su equipo, de planeamiento y coordinación de acciones de prevención.

Director Terapéutico (profesional idóneo en el tema)

Responsable de la dirección y conducción del resto del equipo, siendo quien establecerá en líneas generales, las estrategias de asistencia, prevención, estructuras de los tratamientos, actividades, medidas excepcionales para cada caso, etc.

Este cargo sólo puede ser ocupado por un profesional que tenga formación y experiencia en el campo de los consumos problemáticos.

Equipo Interdisciplinario

1- Psicólogos/as, quienes estarán a cargo de la psicoterapia individual y grupal de los pacientes, siempre bajo la supervisión del Director Terapéutico y en constante articulación con el resto del equipo.

Cada Psicólogo/a podrá tener un máximo de hasta 20 (veinte) pacientes o residentes, ya que a los mismos debe sumarse el trabajo constante con los referentes y el trabajo grupal. La carga horaria mínima para un psicólogo con veinte pacientes es de 30 hs. semanales. Un profesional con menor carga horaria deberá atender proporcionalmente un número menor de casos.

Cada psicólogo/a debe orientar y acompañar las intervenciones cotidianas de los Operadores, así como supervisar las instancias grupales que estos coordinen con fines terapéuticos.

LES COPIA
Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A LEGALDA Y M. A. CARGO P. DESPACHO
M.S.P. - SALTA



2- Trabajador/a Social, que deberá articular el trabajo terapéutico enfocado en la inclusión de los pacientes en el medio social (familiar – educativo - laboral), además intervenir y acompañar la tramitación particular que cada caso requiera.

3- Médico/a Clínico, responsable del diagnóstico médico inicial y del seguimiento periódico de la evolución de los pacientes, así como de toda intervención y/o derivación a especialistas que se evalúe necesaria para cada caso en particular. Este profesional puede ser un consultor externo.

4- Psiquiatra, quien participará de las evaluaciones diagnósticas y del tratamiento de aquellos pacientes que, a partir del diagnóstico efectuado, requieran tratamiento farmacológico, el cual deberá estar debidamente justificado y controlado. Este profesional puede ser un consultor externo.

5- Nutricionista, a cargo de elaborar los menús, supervisar y controlar la correcta alimentación de los pacientes en tratamiento. Elaborará menús particulares cuando ello sea necesario por prescripción médica. Este profesional puede ser un consultor externo.

6- Operadores. Si bien pueden o no ser profesionales, deben tener una formación adecuada y acreditada en el campo de los consumos problemáticos ya que efectúan un trabajo que implica gran responsabilidad. Dicha formación podrá incluir la realización cursos de Acompañante Terapéutico o cursos de Operador propiamente dicho, avalados por Instituciones estatales y/o privadas reconocidas en el trabajo en este campo, pasantías, concurrencias, observaciones, etc.

Esta formación se considerará indispensable más allá de que se trate de ex pacientes. El hecho de haber padecido la problemática y haber realizado un tratamiento no se considera habilitante en sí mismo para realizar este trabajo.

El Operador cumplirá jornadas laborales que no deberán exceder las 44 (cuarenta y cuatro) horas semanales como máximo, y bajo ningún punto de vista podrán ejercer sus funciones sólo desde el voluntariado ni convivir de manera permanente en la Institución con los pacientes o residentes. Debe recibir la



remuneración correspondiente al trabajo que realice y residir fuera del ámbito Institucional.

Su trabajo incluye las intervenciones y el acompañamiento cotidiano de los procesos tanto individuales como grupales de los pacientes, siempre bajo la supervisión directa del Director Terapéutico y los profesionales de salud mental (psicólogos y psiquiatra).

Por cada Operador no puede haber más de 10 (diez) pacientes simultáneamente. Sea en modalidad de Internación (Residencial) o de Hospital de Día en Jornada Completa o Media Jornada.

7- Administrativos, para desempeñar las tareas vinculadas con la mesa de entradas del centro, la correcta confección de la documentación requerida, presentación en los términos pautados, así como la guarda y control de la misma.

El personal de administración no tendrá acceso a información confidencial sobre el tratamiento de los pacientes (historias clínicas; informes evolutivos; etc.) ni podrá realizar intervenciones directas con aquellos, debiendo remitirse a tal efecto a los profesionales u operadores.

8- Otros. El centro podrá incluir en su equipo a profesionales o técnicos de otras disciplinas cuando ello permita cumplimentar acciones tendientes al tratamiento y reinserción social de los pacientes y residentes.



ES COPIA

Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A LEGAL D.A. y M. A. CARLOS P. DESPACHO
M.S.P. - SALTA





ANEXO II

Protocolo Terapéutico

Consideraciones generales

El Protocolo Terapéutico que aquí se presenta surge a partir de la necesidad de dar formalidad tanto a inquietudes planteadas por las organizaciones que forman parte de la Red Asistencial, como a observaciones que han realizado los equipos técnicos de esta Secretaría.

Se entiende que la existencia de un Protocolo encuentra su sentido en la importancia de estandarizar criterios generales para la adecuada atención de pacientes con consumos problemáticos que acceden a los dispositivos de tratamiento, tomando en consideración los avances de la teoría y la experiencia de trabajo en relación a estos cuadros. Debe destacarse que uno de los antecedentes al respecto son las conclusiones de las discusiones de los Foros Provinciales sobre la Asistencia de las Adicciones, en especial el III Foro, llevado a cabo en junio del año 2015.

Partiendo de la convicción que se trata de una problemática compleja y multifactorial, con una diversificación de los modos de presentación de los consumidores problemáticos, se considera que son variados los recursos y técnicas que deben ponerse en juego para el abordaje asistencial. En ese marco, y como se establece en el punto 1 de las Normativas Específicas de los Estándares para Habilitación, se considera que la profesionalización de las intervenciones constituye un aspecto fundamental e insoslayable.

Acerca de las prácticas y prestaciones

Considerando que el proceso de deshabituación y rehabilitación de los pacientes con consumos problemáticos requiere la implementación de diferentes instancias tendientes al cambio de posición subjetiva y la modificación de actitudes y conductas, la Secretaría procura incentivar dispositivos dinámicos y multifacéticos de abordaje transdisciplinario. En ellos convergen distintas profesiones tradicionales y los aportes de otras disciplinas no necesariamente ligadas a la formación universitaria, pero que



ES COPIA
Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A. LEGAL, D.A. y M. - A. CARGO P. DESPACHO
M.S.P. - SALTA



resultan valiosas para la evolución de los pacientes en tratamiento por medio de talleres artísticos, talleres culturales, práctica de deportes, espacios de recreación, u otros.

Se tiene en cuenta, por lo tanto, que existen intervenciones del staff no profesional que resultan importantes en la medida que aportan al mejoramiento del cuadro. Pero estas no suplen ni sustituyen a la intervención de los profesionales y, en todo caso, requieren la supervisión de ellos a fin de ser efectivamente coherentes con el plan de intervención particular para cada asistido.

En efecto, para el caso de los tratamientos institucionales (centro de día o centro residencial) que implican espacios de convivencia con otros pacientes, más allá del trabajo del equipo interdisciplinario, el apoyo del grupo de pares puede ser un factor de contención capaz de favorecer la permanencia y motivar el deseo de cambio. De modo que el Protocolo Terapéutico no pretende hacer un reduccionismo que limite el tratamiento únicamente a la intervención profesional, pero sí establecer claramente que, sin esta, resulta imposible validar un sistema asistencial.

Se señala, asimismo, que las actividades religiosas o de culto que alguna institución pretenda promover no forman parte del Protocolo, no pueden presentarse como tales ni, en modo alguno, ser de participación obligatoria para los pacientes o representar un criterio de admisión/exclusión de un dispositivo.

Modalidades de Tratamiento

Las modalidades de tratamiento de los consumos problemáticos se establecen en tres Niveles de Atención según el detalle siguiente:

1° Nivel de Atención

Admisión Ambulatoria

Duración de la etapa: mínimo 10 días, máximo 15 días

+ Consulta con médico clínico: 2 en total. Examen médico clínico indicado en el "Formulario de Examen clínico" que se anexa junto a la "OP" en el momento de la derivación del paciente.

ES COPIA

Dr. MARCO S. A. TORO VILLALBA
A. LEGAL D.A. y M. - A CARGO P. DESPACHO
M. S. P. - SALTA



- + Consulta individual c/psicólogo: 5 en total, 4 entrevistas individuales como mínimo para considerar como completa la admisión.
- + Consulta del grupo familiar: 4 en total, 1 consulta familiar como mínimo para considerar como completa la admisión, la misma puede ser con el psicólogo tratante o trabajador/a social.
- + Administración de pruebas proyectivas y/o psicométricas
- + Diagnóstico según CIE10
- + Interconsulta psiquiátrica si resultara necesaria.

Tratamiento Ambulatorio

Duración de la etapa: máximo 12 meses.

Es el tratamiento para aquellos pacientes que no requieran o para los que no es recomendable el Tratamiento Residencial o el Centro de Día.

- + Consulta con médico clínico: 1 por mes. La misma tiene carácter obligatorio aún cuando el paciente no presente una afección clínica ni solicite control.
- + Sesión individual c/psicólogo: 8 por mes (hasta 2 por semana)
- + Consulta del grupo familiar individual: 1 por mes.
- + Grupos familiares: hasta 4 por mes
- + Sesión grupal del paciente: 4 por mes (1 por semana)
- + Interconsulta psiquiátrica: si resultara necesaria.

2° Nivel de Atención

Centro de Día

Es el tratamiento en el contexto institucional con asistencia diaria, sin internación. Puede realizarse tanto en modalidad de media jornada como de jornada completa, dependiendo de la necesidad de contención y la evolución del paciente. A tales efectos se incluyen también los procesos de admisión para los que sea recomendable dicha modalidad.

ES COPIA



Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A LEGAL DA Y EL-ACORDO P. DESPACHO
M.S.P. - SALTA

**Admisión en Centro de Día**

Duración de la etapa: mínimo 10 días, máximo 15 días.

- + Consulta con médico clínico: 2 en total. Examen médico clínico indicado en el "Formulario de Examen clínico" que se anexa junto a la "OP" en el momento de la derivación del paciente.
- + Consulta individual c/psicólogo: 5 en total, 4 entrevistas individuales como mínimo para considerar como completa la admisión.
- + Grupo de admisión diario.
- + Consulta del grupo familiar: 4 en total, 1 consulta familiar como mínimo para considerar como completa la admisión, la misma puede ser con el psicólogo tratante o Trabajador social.
- + Administración de pruebas proyectivas y/o psicométricas
- + Diagnóstico según CIE10
- + Interconsulta psiquiátrica si resultara necesaria.

Centro de Día de Media Jornada

Duración de la etapa: máximo diez meses.

Se entiende por Centro de Día de Media Jornada al dispositivo de asistencia con mínimo 4 horas diarias, 5 días a la semana. El módulo comprende:

- + Sesiones individuales con psicólogo: 4por mes.
- + Consultas familiares: 1 por mes
- + Sesiones de psicoterapia grupal: 4 por mes (mínimo 1 grupo semanal)
- + Grupos familiares: 4 por mes
- + Consulta con médico clínico: 1 por mes mínimo
- + Interconsulta psiquiátrica si resultara necesaria


Centro de Día de Jornada Completa

Duración de la etapa: máximo diez meses.

Se entiende por Centro de Día de Jornada Completa al dispositivo de asistencia con un mínimo de 8 horas diarias y 5 días a la semana. El módulo comprende:

- + Sesiones individuales con psicólogo: 4por mes.
- + Consultas familiares: 1 por mes

ES COPIA



Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A. LEVILBA y M. ACARDO P. DEBIOLO
M.S.P. - SALTA



- + Sesiones de psicoterapia grupal: 4 por mes (mínimo 1 grupo semanal)
- + Grupos familiares: 4 por mes
- + Consulta con médico clínico: 1 por mes mínimo
- + Interconsulta psiquiátrica si resultara necesaria

El conjunto de consultas y otras actividades rutinarias -incluyendo las de limpieza, cocina, arreglo, lavado, jardinería, o similares- no debe ocupar más del 50% del tiempo total del dispositivo. Otros servicios diarios: desayuno, colación suplementaria, almuerzo, merienda.

El 50% del tiempo, como mínimo, debe estar destinado a actividades recreativas, deportivas, culturales, educativas, de capacitación laboral y socializadora.

En todos los casos, y a los efectos del párrafo anterior, el dispositivo priorizará la iniciación, continuación y conclusión de estudios en los niveles de la enseñanza primaria y secundaria y la institución (el prestador) arbitrará, por sí o con el concurso de la Secretaría, los medios para la satisfacción de los objetivos. Del mismo modo la Institución deberá priorizar las acciones dirigidas a favorecer la inclusión laboral de sus asistidos. Toda situación que dificulte estas acciones debe ser considerada motivo suficiente para no habilitar a la prestadora. A saber:

- a) La Institución no articula con otras para generar oportunidades de formación, capacitación, avance y/o finalización de estudios.
 - b) La Institución no ofrece instancias de formación y/o capacitación entre sus actividades regulares (talleres, cursos, etc.).
 - c) La ubicación geográfica de la Institución no facilita o impide la realización de este tipo de actividades. El aislamiento, la inaccesibilidad, lejanía, la dificultad en el transporte para asistidos y para el personal, impide o dificulta la posibilidad de realizar actividades recreativas, de socialización, familiares, etc., las que son imprescindibles para el proceso de rehabilitación e inclusión social de los asistidos.
- Cabe destacar que, a efectos de la facturación, el 2° Nivel de Atención será considerado Modulo Completo cuando el paciente cumpla con una asistencia de al menos el 80% de los días hábiles del mes.

ES COPIA
Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A. LEGHEDA, J.M. - A. BARRIO, DESPACHO
M.S.P. - SALTA



3° Nivel de Atención

Tratamiento Residencial

Duración de la etapa: máximo diez meses, con posibilidad de prorrogar por 2 meses (total con prórroga 12 meses); cumpliendo con los avisos al juez, si la internación fuere involuntaria o se prolongara por mayor término del establecido en la ley 26.657.

Es el tratamiento de internación, lo que implica que el paciente reside en la Institución con fines de deshabitación y rehabilitación hasta tanto la indicación terapéutica establezca otra modalidad terapéutica. A tales efectos se incluyen también los procesos de admisión para los que sea recomendable dicha modalidad.

La internación deberá siempre coincidir con lo establecido al respecto en la Ley Nacional de Salud Mental N°: 26.657 y su Decreto Reglamentario. En este sentido la internación será considerada siempre como el último recurso terapéutico, y se determinará la internación de un paciente sólo a partir de criterios e indicación profesional y con fines terapéuticos.

Miembros del Equipo deberán permanecer en la Institución cubriendo los horarios necesarios y de acuerdo a lo establecido en cuanto a la cantidad de pacientes por Operador y por Psicólogo. Bajo ningún concepto pueden permanecer pacientes solos en la Institución en ningún horario. Esto se considerará una falta grave e injustificable.

Asimismo, se deberá respetar lo estipulado en la normativa aplicable respecto de las condiciones edilicias y superficies mínimas autorizadas, garantizándose en ellas el espacio suficiente para la ubicación de equipamiento mobiliario mínimo necesario y que permita una adecuada circulación.

Se entiende por Tratamiento Residencial a la modalidad terapéutica que brinda residencia de 24 hs. los 7 días de la semana.

El módulo comprende:

- + Sesiones individuales con psicólogo: 4 por mes.
- + Consultas familiares: 1 por mes
- + Sesiones de psicoterapia grupal: 4 por mes (mínimo 1 grupo semanal)
- + Grupos familiares: 4 por mes
- + Consulta con médico clínico: 1 por mes mínimo
- + Interconsulta psiquiátrica si resultara necesaria



ES COPIA

Dr. MARCO A. TORO VILLALBA
ALEXANDER M. RICARDO F. ALBERTI
M.S.P. - SALTA



Los pacientes deberán recibir y tener garantizadas 4 (cuatro) comidas diarias como mínimo, distribuidas en desayuno, almuerzo, merienda y cena.

El conjunto de consultas y otras actividades rutinarias -incluyendo las de limpieza, cocina, arreglo, lavado, jardinería, o similares- no debe ocupar más del 50% del tiempo total del dispositivo. Otros servicios diarios: desayuno, colación suplementaria, almuerzo, merienda.

El 50% del tiempo, como mínimo, debe estar destinado a actividades recreativas, deportivas, culturales, educativas, de capacitación laboral y socializadora.

En todos los casos, y a los efectos del párrafo anterior, el dispositivo priorizará la iniciación, continuación y conclusión de estudios en los niveles de la enseñanza primaria y secundaria y la institución (el prestador) arbitrará, por sí o con el concurso de la Secretaría, los medios para la satisfacción de los objetivos. Del mismo modo la Institución deberá priorizar las acciones dirigidas a favorecer la inclusión laboral de sus asistidos

Cabe destacar que, a efectos de la facturación, el 3° Nivel de Atención será considerado Modulo Completo cuando el paciente permanezca al menos el 80% de los días del mes.

Admisión Interna o Residencial

Duración de la etapa: mínimo 10 días, máximo 15 días.

El proceso de admisión se realiza con modalidad de internación. A partir del mismo, puede recomendarse tratamiento en cualquiera de los niveles de atención, sea la continuación en Tratamiento Residencial o en 1° o 2° Nivel.

+ Consulta con médico clínico: 2 en total. Examen médico clínico indicado en el "Formulario de Examen clínico" que se anexa junto a la "OP" en el momento de la derivación del paciente.

+ Consulta individual c/psicólogo: 5 en total, 4 entrevistas individuales como mínimo para considerar como completa la admisión.

+ Grupo de admisión diario.

+ Consulta del grupo familiar: 4 en total, 1 consulta familiar como mínimo para considerar como completa la admisión, la misma puede ser con el psicólogo tratante o Trabajador social.

ES COPIA
Dr. MARCOS TORO VILLALBA
A LEGAL D.A. Y N.º A CARGO P. DESPACHO
M.S.P. - SALTA

1071

- 14 -



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SALTA
Ministerio de Salud Pública
Secretaría de Adicciones

- + Administración de pruebas proyectivas y/o psicométricas
- + Diagnóstico según CIE10
- + Interconsulta psiquiátrica si resultara necesaria.

Los pacientes deberán recibir y tener garantizadas 4 (cuatro) comidas diarias como mínimo, distribuidas en desayuno, almuerzo, merienda y cena.



ES COPIA

Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A. LEGAL D.A. y M. - A CARGO P. DESPACHO
M.S.P. - SALTA



1071

ANEXO III

Modelo de Historia Clínica

1- Ficha de Ingreso. Debe contener datos personales del paciente y fotocopia de su DNI.

2 - Admisión

- a) Consentimiento Informado.
- b) Acta de Compromiso del Asistido.
- c) Técnicas administradas (Test Proyectivos; Test psicométricos; otros).
- d) Informe de Admisión.
- e) Otros Informes.
- f) Planilla de asistencia y prestaciones.

3 – Tratamiento

- a) Evoluciones de los profesionales intervinientes.
- b) Informes Evolutivos Mensuales.
- c) Otros Informes.
- d) Planillas de asistencia y prestaciones.

4- Documentación Anexa (Ordenada por fecha)

- a) Oficios Judiciales.
- b) Informes emitidos o recibidos de otros organismos.
- c) Firma de Alta Voluntaria o denuncia / exposición por fuga.
- d) Otros.

ES COPIA


Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
D.A. y M. - ACUARIO P. DESPACHO
SALTA



1071

ANEXO IV

ACTA DE COMPROMISO DEL ASISTIDO

Quien suscribe la presente, DNI N°..... se compromete, al momento de ingresar al programa de tratamiento, a respetar y cumplir las pautas pre establecidas por la Institución, a saber:

1) Cumplir con las indicaciones terapéuticas que el equipo profesional de la institución realice respecto de la modalidad, características y condiciones de mi tratamiento en el marco de la legislación vigente.

2) Respetar a los demás asistidos, sus familiares, al personal, y a toda persona que por cualquier motivo se encuentre circunstancialmente dentro de la institución, evitando generar situaciones de intimidación o violencia, tanto verbal como física.

3) Aceptar y facilitar la participación activa de familiares o referentes en todas las instancias que el equipo profesional de la institución establezca como necesarias para el proceso terapéutico.

4) No ingresar drogas a la institución ni incitar al consumo a otros asistidos.

5) No mantener relaciones sexuales entre compañeros u otras personas vinculadas a la institución, dentro y fuera de la misma, como tampoco intercambiar números telefónicos o direcciones, realizar llamadas o visitas salvo expresa autorización de los directivos y bajo las condiciones que estos establezcan.

6) Cuidar y usar adecuadamente las instalaciones, mobiliario, o cualquier elemento destinado al uso personal o común en la institución, absteniéndome de ocasionar deterioro de los mismos.

7) Permitir que el personal asignado realice control de mis pertenencias al ingresar, retirarme y en todo momento que lo considere oportuno para preservar mi seguridad y la de terceros.

8) No ingresar a la institución dinero ni objetos personales de valor, como así tampoco objetos cortantes, salvo expresa autorización de los directivos y bajo las condiciones que estos establezcan.

9) Deslindar de responsabilidad al dispositivo y/o Ministerio de Salud Pública por las consecuencias que mis actos pudieran causar en la persona o bienes de asistidos, personal de la institución y/o terceros.



ES COPIA

Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A LEIDA S.A. y M. RICARDO P. DEBACCH
M.S.P. - SALTA

Firma:

Fecha:

1071



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señor/a: _____

D.N.I.: _____

En pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente manifiesto que he sido debidamente informado/a acerca del tratamiento interdisciplinario propuesto para mi problemática de consumo:

1. He comprendido la naturaleza y propósito del procedimiento.
2. He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas.
3. Estoy satisfecho/a con la información proporcionada.
4. Entiendo que mi consentimiento puede ser revocado en cualquier momento antes de la realización del procedimiento.
5. Reconozco que todos los datos proporcionados referente al historial médico son ciertos y que no he omitido ninguno que pueda influir en el tratamiento.

Por lo tanto, declaro estar debidamente informado/a y doy mi expreso consentimiento a la realización del tratamiento propuesto.

ES COPIA

Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A. LEGAL D.A. Y M. - AL CARRO P. DESPACHO
M.S.P. - SALTA

Firma:

Fecha:



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SALTA.
Ministerio de Salud Pública.

ANEXO PLANTA FISICA

CONSULTORIOS EXTERNOS (Nivel I)

- 1 Sala de espera (E) : El local deberá contar con una superficie mínima de 4,00 m2. Cuando se trate de 1 (un) consultorio. Para más de un consultorio deberá preverse 1,00 m2 por paciente, considerando 3 (tres) personas por consultorio.
- 1 Baño básico (lavabo e inodoro) para los consultantes (E)
- 1 Salas-consultorio para coloquio individual, consejería y/o tratamiento (E), no menor de 7,5 m2
- 1 Espacio para tareas administrativas (E)
- 1 Baño para el equipo profesional, técnico y administrativo (E)

CENTRO DE DIA (Nivel II)

- 1 Sala de espera (E): El local deberá contar con una superficie mínima de 4,00 m2. Cuando se trate de 1 (un) consultorio. Para más de un consultorio deberá preverse 1,00 m2 por paciente, considerando 3 (tres) personas por consultorio.
- 1 Baño básico (lavabo e inodoro) para los consultantes (E)
- 1 Salas-consultorio para coloquio individual, consejería y/o tratamiento (E), como mínimo, no menor de 7,5 m2.). La cantidad de consultorios estará acorde a la cantidad de pacientes.
- 1 Espacio para tareas administrativas (E): no menor a 6 m2
- 1 Baño para el equipo profesional, técnico y administrativo (E)
- 1 Cocina (E) instalada completa con ventilación natural o mecánica (E), con cocina, mesada y Pileta y Heladera , heladera con freezer según necesidad.
- 1 Comedor (E) : 2 m2/ paciente
- 1 SUM (Salón de usos múltiple) (E), destinado a talleres de arte y oficios, dinámica grupal, consejería o terapia familiar: 2 m2/paciente
- 1 Baño completo (Lavabo, inodoro, y ducha) cada 10 personas (E)
- Espacio al aire libre para actividades recreativas y físicas (E), 1, 80 m2/paciente, propio o contratado.
- Espacio para pequeña huerta y/o granja (A)



ES COPIA

Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
 MEDICO/LDA. Y.M. - A CARGO P. DESPACHO
 S.P. - SALTA

ESTABLECIMIENTOS CON CAPACIDAD DE INTERNACION (Nivel III):

- 1 Sala de espera (E): El local deberá contar con una superficie mínima de 4,00 m2. Cuando se trate de 1 (un) consultorio. Para más de un consultorio deberá preverse 1,00 m2 por paciente, considerando 3 (tres) personas por consultorio
- 1 Baño básico (lavabo e inodoro) para los consultantes (E)
- 1 Consultorio para atención médica (A) no menor a 7,5 m2
- 1 Salas-consultorio para coloquio individual, consejería y/o tratamiento (E). La cantidad de consultorios estará acorde a la cantidad de pacientes
- 1 Espacio para tareas administrativas (E): no menor a 6 m2
- 1 Baño para el equipo profesional, técnico y administrativo (E)
- 1 Cocina instalada completa con ventilación natural o mecánica (E), con cocina(hornallas y horno), mesada y Pileta y Heladera con freezer. El aventanamiento de la cocina deberá estar protegido con tela mosquera
- 1 Comedor (E) : 2 m2/ paciente
- 1 SUM (Salón de usos múltiples) (E), destinado a talleres de arte y oficios, dinámica grupal, consejería o terapia familiar): 2 m2/paciente
- 1 Baño completo (Lavabo, inodoro, y ducha) cada 8 pacientes (E). Los sanitarios de usos diferenciados para hombres y mujeres, según corresponda. Instalación de agua caliente para lavabos y duchas (E)

Capacidad Mínima del establecimiento: 2 pacientes

Habitaciones (E):

Se admitirá un máximo de 6 camas /habitación. Las habitaciones tendrán una superficie que contemple los siguientes requisitos: 7,5 m2/cama sin incluir sanitarios ni espacios comunes altura mínima 2,50m. De contar con cama cucheta, se admitirá un máximo de 2 cama/cucheta. Y para evaluar la superficie de la habitación considerará la cantidad de camas, no de cuchetas.

La habitación deberá contar con placards o armarios individuales para cada paciente. Se entiende POR placard o armario a un espacio debidamente delimitado para cada paciente. En cuanto a las puertas deberán tener el ancho necesario a fin de permitir el acceso y/o desplazamiento de una camilla en caso de emergencia.

Se deberá contar con la previsión de que todo paciente que deba permanecer en la cama, por prescripción médica, ocupe una habitación en planta baja, con acceso a la salida en caso de emergencia que necesitará ser trasladado en camilla hacia otro centro asistencial de mayor complejidad (A)

1 Oficina para personal de guardia y equipo interviniente (E)

1 Estación de enfermería (A): con mesada y pileta. Superficies de piso y muros, lavable e impermeable.

Un Botiquín para primeros auxilios, con llave para guardar alcohol y otros fármacos (E), ubicado en enfermería, o consultorio o sala de operadores

Extintores de incendio, detectores de humo en todas las habitaciones, conforme la reglamentación local vigente (E)

Señalización de salidas, y de la distribución interna de los ambientes (E)



ES COPIA
Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A. LEGAL, D.A. - M.L. - AGUADO P. DESPACHO
M.S.P. - SALTA

1071

Espacio libre para la realización de actividades recreativas y físicas (E): 1,80 m2/ paciente

Espacio libre para huerta y/o actividades recreativas y físicas (A)

Espacio para lavadero con equipamiento (lavarropas, centrifugadora, etc.) del tipo familiar o semi-industrial, según cantidad de pacientes (E)

Generalidades constructivas

A excepción de los sanitarios y sala de espera, todos los locales deberán contar con ventilación natural e iluminación natural y artificial. Los sanitarios y sala de espera podrán ventilar e iluminar natural ó artificialmente. Los espacios al vacío que se encuentren en las plantas altas del edificio deberán estar equipados con elementos de seguridad (rejas, etc). El emplazamiento deberá ser de fácil acceso, sin riesgo para los pacientes ni para el personal del Organismo. Los cielorrasos serán de material no combustible.

Las instalaciones sanitarias, de gas, de electricidad, de incendio, cumplirán con las normativas vigentes. El inmueble cumplirá con el Código de Edificación, con la Reglamentación de estructura sismoresistente y la normativa de habilitación de establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública R.M. 150/17 y RM 0848/17 y/o las que en el futuro las reemplacen.

Aclaraciones :

(E) Esencial

(A) Aconsejable



ES COPIA
Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A. LEGAL D.A. y M. - ACARDO F. DESPACHO
M.S.P. - SALTA

DR. ROQUE MASCARELLO
Ministro de Salud Pública

1126

PROCOLO DE INTERVENCION HOSPITALARIAS EN EMERGENCIAS Y URGENCIAS DE
SALUD MENTAL

Se entiende por urgencias y emergencias en salud mental a los episodios de crisis que se manifiestan de manera aguda en las personas, en situaciones personales, familiares o sociales, que expresan un límite, tras el cual se vislumbra un riesgo grave para su salud física o psíquica, o incluso la muerte.

A continuación se presenta el listado de incidentes propuestos en el protocolo Multidisciplinario e Intersectorial en Urgencias, Emergencias y Crisis en Salud Mental (cabe aclarar que dicha agrupación responde al tipo de respuesta que requieran) para lo cual debe asegurarse:

- Compensación física vital.
- Valoración de riesgo. De acuerdo al cual se procederá a:
 - ✓ Asegurar interconsulta con salud mental.
 - ✓ Asegurar valoración para la internación en salud mental.

1. Trastornos relacionados con el consumo de sustancias:

- a. Consumo problemático de sustancias (histórico): Se debe asegurar interconsulta con salud mental.
- b. Intoxicación aguda: Requiere internación para compensación clínica en primera instancia.
- c. Síndrome de Abstinencia: Requiere internación para compensación clínica en primera instancia.

2. Alteraciones graves de salud mental: Requiere de internación o se debe asegurar interconsulta con salud mental.

- a. Excitación Psicomotriz.
- b. Inhibición Psicomotriz.
- c. Estados Confusionales.
- d. Estado delirante/Alucinatorio.

3. Crisis de Ansiedad / Angustia: Requiere de internación o se debe asegurar interconsulta con salud mental.

4. Psicosis puerperales: Requiere valoración clínica, obstétrica y psiquiátrica para internación de ser necesario.

5. Intento de Suicidio/ Autolesión/ ideas suicidas: Según valoración de riesgo.



ES COPIA

Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A. LEGAL D.A. y M. - ASABO F. DESA
M. S. P. - SALTA



- a) Requiere internación.
- b) No requiere internación: Se debe asegurar interconsulta con salud mental.

- 6. Suicidio.
- 7. Situaciones de maltrato: Requiere realizar la denuncia pertinente.
- 8. Abuso sexual: Requiere realizar la denuncia pertinente.
- 9. Violencia hacia la mujer: Requiere la denuncia pertinente.



ES COPIA

Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A LEGAL D.A. y M. - A CARGO P. DESPACHO
M.S.P. - SALTA

ES COPIA

1126

Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A. LEGAL D.A. y M. - A CARGO P. DESPACHO
M.S.P. - SALTA

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN

- El presente protocolo de intervención en urgencias, emergencias y crisis en salud mental responde a los lineamientos abarcados en la ley nacional de salud mental, 26.657, reglamentada en diciembre de 2.010
 - 1) el paciente será **valorado** por el servicio de emergencias toda vez que presente un cuadro compatible con los consignados oportunamente, incluso cuando su condición física no revista gravedad o no esté afectada (Ley nac. de Salud Mental, 26.657)
 - 2) Aspectos a tener en cuenta para la **valoración de riesgo** en un servicio de emergencia de salud:
 - Antecedentes: de abuso de alcohol y otras sustancias, depresión, ansiedad u otro problemática de salud mental, autolesiones, intentos de suicidio, antecedentes familiares con alguna problemática de salud mental.
 - Observación: Aspecto físico desalineado, signos de intoxicación de sustancias, impulsividad, agresividad, desesperación, indiferencia afectiva.
 - 3) Una vez realizada la valoración de riesgo el paciente, el profesional médico realizará la interconsulta con la profesional de salud mental **por escrito**, manifestando las características principales del paciente y del cuadro que presenta, a fin de que el equipo de salud mental establezca las coordinadas necesarias previas a su atención, como recomendar su aislamiento o su vigilancia permanente, por caso.
 - 4) El abordaje psicológico de urgencia se realizará todos los días de lunes a viernes durante el horario de planta del personal de salud mental (en todas los nosocomios donde no se cuente con guardias en salud mental) por tal motivo es responsabilidad del equipo de guardia realizar la evaluación correspondiente para su posterior derivación; en cuanto al personal de salud mental debe dar inicio a la jornada laboral en el servicio de guardia realizando una revista de sala y tomando conocimiento de las solicitudes de interconsulta realizadas, por escrito. Por tal motivo, será indispensable de parte de los profesionales de salud mental que cuenten con turnos disponibles para la atención de pacientes que se encuentren en los servicios de guardia a fin de asegurar el seguimiento de los mismos.
 - 5) En caso de que el paciente sea menor de edad, se deberá contar con la presencia de los padres o tutores, quienes darán su consentimiento informado para la atención psicológica, si fuese imposible contar con su presencia, se brindará al paciente la atención de urgencia, procurando establecer contacto posterior con los tutores.



- 6) si el paciente menor de edad ingresara al servicio acompañado de un adulto responsable, éste deberá permanecer con él hasta establecer el contacto con el equipo de salud mental.
- 7) iguales condiciones se aplicarán a los pacientes mayores de edad incapacitados mental o emocionalmente, temporal o permanentemente, para la toma de decisiones.
- 8) Si a partir de la evaluación de riesgo el profesional considera que el paciente debe ser internado, el mismo será mantenido en internación hasta la interconsulta con personal de salud mental. (en casos de internaciones involuntarias se procederá según lo estipulado en la nota #1 y #2)
- 9) si de la evaluación del paciente surgiera la necesidad de mantener la internación, el personal de salud mental lo comunicará fehacientemente y por escrito al médico actuante o al jefe de guardia, lo mismo aplica para la necesidad de realizar interconsulta con otro profesional.
- 10) luego del abordaje de emergencia y del alta hospitalaria, **se continuará con la atención del paciente por consultorio externo**, acordando con él o sus responsables los turnos correspondientes, la atención por consultorio externo sólo se suspenderá cuando la situación de crisis haya sido superada y no haya riesgo de reincidencia, posteriormente puede continuarse el seguimiento por consultorio externo.

Nota #1: En caso de que de la valoración se establezca que el paciente presenta riesgo cierto e inminente de daño para sí o para terceros (auto/hetero agresividad) y se considerase la necesidad de realizar una internación involuntaria deberá la misma ser informada al Juez correspondiente y a autoridades del Ministerio Público de manera inmediata.

Nota #2: De acuerdo a los Lineamientos Nacionales para la Atención de las Urgencias en Salud Mental y en caso de que el riesgo clínico requiera un tratamiento farmacológico inmediato durante la situación de emergencia se recomienda la indicación de los siguientes fármacos bajo prescripción médica:

- Haloperidol 5mg, ampollas. Vía de administración sugerida: intramuscular.
- Lorazepam 4mg, ampollas. Vía de administración sugerida: intramuscular.



ES COPIA

Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A. LEGAL D.A. y M. A. CARGO P. DESPACHO
M.S.P. - SALTA

1126

EMERGENCIAS EN SALUD MENTAL – PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN – FLUJOGRAMA

Médicos de guardia

1. Ingreso del paciente con sintomatología psicológica y psiquiátrica.
2. Compensación clínica.
3. Evaluación de riesgo en conjunto con otro profesional.
4. Registro en la historia clínica de la interconsulta.

Enfermeros de guardia

1. Evaluación de riesgo en conjunto con otro profesional.
2. Primer contacto con la familia o acompañantes del paciente para su permanencia hasta que el equipo considere necesario.
3. Registro en historia clínica.

Salud Mental

1. Abordaje de emergencia, evaluación, contención y dirección del tratamiento.
2. Registro en historia clínica.
3. Conducción del proceso terapéutico hasta la eliminación del riesgo.



ES COPIA

Dr. MARCOS ANTONIO VILLALBA
A. LEGAL D.A. y M. - A CARGO P. DESPACH
M.S.P. - SALTA

Signos de alarma

- ⊙ Pensamientos homicidas.
- ⊙ Pérdida severa del control emocional.
- ⊙ Conducta extraña, impropia o irracional.
- ⊙ Víctima de agresión física o psicológica.
- ⊙ Víctima de accidentes severos.
- ⊙ Pérdida de un ser querido.
- ⊙ Aborto espontáneo.
- ⊙ Alteraciones en los ciclos del sueño.
- ⊙ Alteraciones en la conducta alimenticia.
- ⊙ Trastorno de ansiedad agudo.
- ⊙ Retraimiento.
- ⊙ Exposición reciente a situaciones traumáticas.
- ⊙ Puerperio.
- ⊙ Automedicación.
- ⊙ Irregularidades en la toma de medicación prescrita.
- ⊙ Embarazo adolescente.
- ⊙ CEEA (Consumo episódico excesivo de alcohol y otras sustancias y/o conductas adictivas).



ES COPIA

Dr. MARCOS AJTORO VILLALBA
A. LEGAL D.A. y M. - AGENCIA P. DESPACHO
M.S.P. - SALTA

1126

Fuentes consultadas:

- Trabajos realizados por la Comisión de Salud Mental Infanto-Juvenil. 2016
- Lic. Adriana Cecilia González, Lic. Claudia Rodríguez Trovato. Protocolo de Emergencias en Salud Mental sector de Salud Mental Hospital Joaquín Castellanos-Gral. Güemes
- Olga, Nirenverg; Josette, Brawerman; Violeta, Ruiz, "Programación y evaluación de proyectos sociales. Aportes para la racionalidad y la transparencia". Editorial Paidós, 2002.
- Mario. R. Rovere; "Redes de Salud: Grupos, Instituciones, Comunidad". OPS/OMS, 2009
- Ley Provincial de Salud Mental N° 7745. Salta, Secretaría General de la Gobernación, 2012.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Decreto Reglamentario N° 603/13.
- Manual de Procedimientos Multidisciplinarios de Emergencia y Crisis: Guía de intervención y procedimiento. Salta, Ministerios de Salud Pública, Seguridad, Justicia, Derechos Humanos, Educación, Trabajo y Economía, Infraestructura y Servicios Públicos, 2013.
- Lineamientos para la atención de la Urgencia en Salud Mental. 2013. Ministerio de Salud de la Nación Argentina.
- Lineamientos para la atención del Consumo Episódico Excesivo de alcohol en adolescentes-2013. Ministerio de Salud de la Nación Argentina.
- Lineamientos para la atención del Intento de suicidio en adolescentes. 2013. Ministerio de Salud de la Nación Argentina.



ES COPIA
Dr. MARCOS ANTONIO VILLALBA
A. LEGAL D.A. y M. - ALCANTARA, DESPACHO
M. S. P. - SALTA

DR. ROQUE MASCARELLO
Ministro de Salud Pública

1127

ES COPIA

Dr. MARCO S. TORO VILLALBA
A. LEGAL D.A. y M. - A CARGO P. DESPACHO
M.S.P. - SALTA

Ministerio de Salud Pública
Provincia de Salta

Renovacion Protocolo Adicional
Al Convenio de Cooperacion Mutua
Entre el Ministerio de Salud Publica de la Provincia
Y la Universidad Nacional de Salta

Entre el **MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DE LA PROVINCIA DE SALTA** representado en este acto por el Sr. Ministro Dr. Rosario Roque Mascarello, con Domicilio en Avenida de los Incas s/nº, Centro Cívico Grand Bourg, en adelante, " **El Ministerio**" Y **LA UNIVERSIDAD DE SALTA** a través de la Facultad de **CIENCIAS DE LA SALUD**, representada en este acto por su Rector CPN Antonio Fernandez Fernandez y por la señora Decana de La Facultad, Lic. Maria Silvia Forsyth, con domicilio en Av. Bolivia 5150 de la ciudad de Salta, en adelante "**La Facultad**" convienen en celebrar la **RENOVACION DEL PROTOCOLO DE COLABORACION**, en consideracion a que:

- I. Que se encuentra vencido el Protocolo Adicional al Convenio de Cooperacion Mutua entre el Ministerio y la Facultad de Ciencia de la Salud suscripto el 08 de Julio de 2004, aprobado por Resolucion Rectoral Nº 0999 – 04.
- II. Que las partes solicitan su renovacion en los mismos terminos y condiciones a fin de continuar con las actividades academicas y de formacion en recursos humanos.

Por lo expuesto, las Partes acuerdan celebrar la renovacion del **Protocolo Adicional** que se regira por las siguientes clausulas:

PRIMERA: el Ministerio facilitará como campo de experiencia práctica de los alumnos de la Carrera de Nutrición, los Servicios de Salud Hospitalarios y los Centros de Salud dependientes de las Areas Operativas Zona Norte y Zona Sur.

SEGUNDA: La Facultad establece dos modalidades de experiencias prácticas.

TRABAJO PRACTICO: tiene por finalidad que el alumno observe aspectos tales como infraestructura, equipamiento, modalidad de atención o solicite información necesaria para la descripción de situaciones, calculo de indicadores, elaboración de regímenes. En estos casos el alumno estará acompañado en todo momento del docente, quien será el responsable de conducir la experiencia, pudiendo solicitar la colaboración del personal del servicio para que facilite el ingreso, el desplazamiento por las instalaciones y proporcione información específica. Estos "trabajos practicos" son circunstanciales no exceden las tres horas de duración y son realizados en pequeños grupos.

PRACTICA EN SERVICIO: tiene por objeto promover las capacidades para el desarrollo, progresivamente independiente del ejercicio profesional del Lic. En Nutrición, por lo que el alumno debe cumplir una jornada de trabajo durante un periodo de tiempo cuya duración puede ir de uno a cuatro meses.



(Handwritten signatures)

1127

ES COPIA

Dr. MARCOS A. TORO VILLALBA
A. LEGAL D.A. y M. - A CARGO P. DESPACHO
M. S.P. - SALTA

Ministerio de Salud Pública

Provincia de Salta

Estas practicas están supervisadas y evaluadas por docentes de la carrera. Resulta imprescindible la participacion de efectores del **Ministerio** en primera instancia del Profesional Nutricionista. En Areas Operativas o servicios que no cuenten con este profesional, se determinara en forma conjunta la dependencia de referencia del alumno.

En ambos casos, esta participacion se integrara al programa de trabajo del recurso humano del **Ministerio**.

TERCERA: Con el Vº Bº de **La Facultad**, el docente responsable de la cathedra, al inicio del periodo lectivo, acordara con la Direccion de Recursos Humanos, los servicios en los que se desarrollaran las experiencias practicas, la asignacion de cupos por servicio y el cronograma de actividades.

La nota de elevacion debera contener:

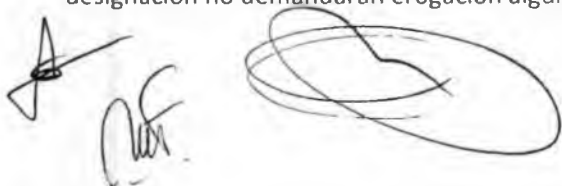
1. Nombre de la asignatura
2. Modalidad de la experiencia practica
3. Docentes responsable, con aclaracion del cargo y dedicacion
4. Numero estimado de alumnos y de comisiones
5. Fecha, horario, turnos.
6. Descripcion de las actividades a realizar
7. Colaboracion requerida del profesional Nutricionista del Servicio

En caso de las "Practicas en Servicios" contendra ademas:

8. Modalidad y frecuencia de la supervision docente
9. Identificacion de los profesionales del servicio que participaran como "Instructor no rentado"
10. Participacion del servicio en la evaluacion del alumno y las actividades desarrolladas.
11. Mecanismos de devolucion de los informes producidos por los alumnos.

CUARTA: La Direccion de Recursos Humanos del **Ministerio** dara la aprobacion y lo dara a conocer a las dependencias correspondientes. El servicio podra coordinar aspectos relacionados con horarios y turnos, de modo tal de no entorpecer el normal desarrollo de sus actividades.

QUINTA: **La Facultad** establece la figura de "Instructor no rentado de estudiantes" para aquellos profesionales de los servicios, que según convenido con el profesor responsable de la practica participaran directamente en la supervision y evaluacion del desempeño de los estudiantes, otorgando al finalizar el periodo un certificado que así lo acredite. Esta designacion no demandaran erogacion alguna para el **Ministerio**



1127

ES COPIA

Dr. MARCOS A. VILLALBA
A. LEGAL D.A. y M. - A CARGO P. DESPACH
M.S.P. - SALTA

Ministerio de Salud Pública

Provincia de Salta

SEXTA: Ambas partes se comprometen a promover el desarrollo de actividades que impulsen la mejora de los servicios y la calidad de la atención al paciente y la comunidad.

SEPTIMA: Los servicios facilitaran el desarrollo de los proyectos de investigación de la cátedra, en relación con los temas de interés común, en un todo de acuerdo con las líneas prioritarias de investigación del **Ministerio** y **La Facultad**.

Asimismo, permitirán la recolección de información para los Trabajos de Tesis de grado de los estudiantes, previa recepción del tema y el proyecto de investigación aprobados por la Comisión de Carrera. Este trabajo estará bajo la responsabilidad directa del Director de Tesis

OCTAVA: La **Facultad** contratará a su exclusivo cargo un seguro por accidentes que pudiesen ocurrir a docentes y estudiantes y será exclusiva y plenamente responsable por los actos de estos durante su actividad en los servicios de salud hospitalarios y centros de salud


NOVENA: La **Facultad** se compromete a cumplir con los reglamentos y las normativas vigentes en el **Ministerio** y en los **Servicios de Salud y Centros de Salud**

DECIMA: La duración del presente Protocolo será de cinco (5) años y podrá ser rescindido por cualquiera de las partes, debiendo notificarse a la otra parte de manera fehaciente con sesenta (60) días de antelación. Si no se denunciara, quedará automáticamente renovado por períodos iguales

DECIMA PRIMERA: Ante cualquier accionar contradictoria o litigio en las partes, las cuestiones derivadas del presente las partes se comprometen a resolver directa y amistosamente entre ellas los desacuerdos o diferencias que pudieran originarse en el planeamiento y ejecución de los trabajos.

Entre prueba de conformidad se firman dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto en la ciudad de Salta a los días del mes de del 201....




Dr. Rosario Roque MASCARELLO
Ministro
De Salud Pública de la Provincia de Salta


CPN Antonio FERNANDEZ FERNANDEZ
Rector
Universidad Nacional de Salta


Lic. Maria Silvia FORSYTH
Decana
Facultad de Ciencias de la Salud -UNSa



Resolución N°

205 18

ANEXO

Artículo 1°: Objeto.

El presente anexo tiene por objeto establecer los requisitos para participar del proceso de asignación de Licencias para el servicio de REMIS de la Ciudad de Salta.

Artículo 2°: Podrán participar únicamente del proceso de asignación de licencias todas aquellas agencias de remis debidamente habilitadas y registradas, en la Ciudad de Salta, por la Autoridad Metropolitana de Transporte y las cuales posean el cupo mínimo de licencias exigidas por el "Reglamento para la prestación del servicio impropio de Transporte de la Región Metropolitana de Salta", aprobado por Resolución A.M.T. 1493/09.

Artículo 3°: Aquellas agencias que posean menos de treinta (30) licencias colectivas propias, podrán aspirar a la asignación de hasta seis (6) licencias de remis colectivas.

Artículo 4°: Aquellas agencias de remis que posean más de treinta (30) licencias colectivas propias, podrán aspirar a la asignación de hasta cinco (5) licencias de remis colectivas.

Artículo 5°: Todas la agencias aspirantes deberán reunir las condiciones y requisitos para ser adjudicatario de licencia de remis de conformidad a lo establecido en el mencionado "Reglamento para la prestación del servicio impropio de Transporte de la Región Metropolitana de Salta", Resolución A.M.T. 1493/09 y normas complementarias.

Artículo 6°: Aspirantes excluidos:

Quedarán excluidos del proceso de asignación de licencias reglado en el presente:

- a) Quienes no reúnan las condiciones establecidas en los artículos precedentes.
- b) Las personas físicas y/o jurídicas que posean parentesco y/o vínculo con personal de la A.M.T.
- c) Quienes en el trámite de inscripción, como en el transcurso del presente, hayan falseado datos, información o documentación.
- d) Aquellas agencias que posean incumplimientos recurrentes y reiterados, como así también procedimientos de aplicación de sanciones iniciados y abiertos, por

Carlos Horacio Salinas
Abogado - Gerente Jurídico
A.M.T. de Salta

COPIA FIEL

faltas graves a la normativa del servicio impropio; por ante la Autoridad Metropolitana de Transporte.

Artículo 7º: Documentación obligatoria a presentar:

A los efectos de la participación en el proceso de asignación de licencias reglado en el presente, los aspirantes deberán presentar obligatoriamente la siguiente documentación:

- a) Solicitud por escrito de inscripción en el presente procedimiento, y en su caso la manifestación particular de ampliar el cupo correspondiente, dirigida a la Autoridad Metropolitana de Transporte, constituyendo domicilio en la Ciudad de Salta. Dicha solicitud deberá ser rubricada por persona debidamente legitimada y/o con representación suficiente, indefectiblemente, hasta el veintisiete (27) de Julio de 2018.
- b) Acreditar la totalidad de los requisitos exigidos en el "Reglamento para la prestación del servicio impropio de Transporte de la Región Metropolitana de Salta", Resolución A.M.T. 1493/09 y normas complementarias.
- c) Adjuntar Declaración Jurada y Plan de readecuación de la Agencia, a los fines de demostrar que podrán, para el caso de ser asignatarios de licencias, continuar cumpliendo con los requisitos establecidos en la normativa vigente.
- d) Acreditar habilitación para funcionar expedida por la Municipalidad de la Ciudad de Salta y factibilidad vigente expedida por AMT.
- e) Acompañar libre deuda Municipal actualizado,
- f) Acompañar libre deuda expedido por la AMT actualizado.

Artículo 8º: Análisis de las solicitudes:

Una vez recibidas la totalidad de solicitudes, en un plazo de cinco (5) días hábiles desde el cierre de inscripción, la Gerencia Jurídica y el Área de Registros y Habilitaciones, dependientes de la Coordinación Legal y Administrativa y de la Coordinación Operativa, respectivamente, procederán al análisis de las solicitudes a fin de verificar que los aspirantes inscriptos se encuentren en condiciones de participar en el procedimiento, pudiendo desestimar todas aquellas presentaciones que no cumplan las exigencias requeridas, notificando en tal caso dicha circunstancia al administrado.

La Gerencia Jurídica y el Área de Registros y Habilitaciones, asignarán puntaje correspondiente a cada uno de los aspirantes a los efectos de su asignación.

Carlos Horacio Salinas
Gerente Jurídico
COPIA FIEL



encontrándose facultado para disponer la realización de todas las medidas que estime conducentes en orden a verificar la veracidad de la información suministrada por los aspirantes.

Se podrá asignar puntaje a las siguientes condiciones, y/o las que el Directorio y/o la Gerencia del Organismo, que aquel designe oportunamente, estime conveniente:

- a) Antigüedad de la Agencia en la prestación del servicio – Se asignará cinco (5) puntos por cada cinco (5) años.
- b) Presentación de vehículos propios – Se asignará dos (2) puntos por vehículo.
- c) Antigüedad del parque automotor afectado al servicio – Se asignará un (1) punto por un promedio menor de cinco (5) años.
- d) Vocación de servicio público demostrada – Se asignará un (1) punto cuando exista acreditación suficiente con constancia de entidades intermedias.
- e) Capacidad operativa de la agencia acreditada para la totalidad de licencias requeridas en los términos de la presente reglamentación – Se asignará cinco (5) puntos.

La existencia de antecedentes o historial de procedimientos de aplicación de sanciones, de carácter grave, denuncias y/o reclamos por ante la Autoridad Metropolitana de Transporte será causal suficiente para excluir al solicitante a criterio del organismo.

Artículo 9º: Publicación Lista de Puntajes – Observaciones:

Concluido el análisis de las solicitudes, se publicará en la página web de la A.M.T. y en las oficinas del Organismo, la lista de los puntajes obtenidos por los aspirantes, pudiendo los mismos, hasta dos (2) días hábiles posteriores, formular las observaciones e impugnaciones que consideren al respecto.

Vencido el plazo señalado precedentemente, y resueltas las impugnaciones y/u observaciones, la Gerencia Jurídica y el Área de Registros y Habilitaciones elaborará el listado definitivo de aspirantes admitidos.

Artículo 10º: Forma de asignación:

El procedimiento de asignación reglado en el presente se hará por concurso de antecedentes, de conformidad a lo previsto en la Resolución AMT N° 1493/09, art. 78. De existir remanente de licencias las mismas podrán ser asignadas en las agencias que hayan ampliado su cupo y manifestado oportunamente su intención de ampliar el mismo en el presente expediente por sobre el cupo de asignación.

Carlos Horacio Salinas
Abogado - Gerente Jurídico
A.M.T.
COPIA FIEL

Artículo 11°: Cupos de Asignación:

El cupo de doscientas (200) licencias de remis establecido en el artículo 3° de la presente Resolución se asignarán de la siguiente manera:

a.- Cien (100) licencias de remis para aquellas agencias que cuenten con menos de treinta (30) licencias colectivas propias de remis inclusive.

b - Cien (100) licencias de remis para aquellas agencias que cuenten con más de treinta (30) licencias colectivas propias de remis.

Artículo 12°: Plazo para completar requisitos:

Aquellos aspirantes que resulten beneficiarios en el presente concurso de antecedentes, tendrán un plazo de cinco (5) días hábiles, una vez notificados del resultado para completar todos los requisitos necesarios y faltantes a fin de ser adjudicatarios de conformidad a lo normativa vigente. El citado plazo es de carácter improrrogable y perentorio, vencido el mismo los peticionantes no cumplieran con los requisitos exigidos por la normativa vigente, perderán automáticamente toda expectativa de ser beneficiario de asignación.

Artículo 13°: Plazo para la incorporación de la unidad:

Quienes resulten asignatarios de licencias, tendrán un plazo de noventa (90) días corridos para incorporar una unidad al servicio, bajo apercibimiento de dejarse sin efecto la asignación sin necesidad de intimación previa.

Artículo 14°: Canon y gastos de asignación:

Los asignatarios deberán abonar en concepto de canon y gastos de asignación lo que a continuación se establece:

a.- Para el caso de agencias con menos de treinta (30) licencias y/o hasta las treinta (30) licencias inclusive, el valor equivalente a dieciocho (18) unidades de sanción por cada licencia asignada, a la fecha de asignación.

b - Para el caso de agencias con más de treinta licencias, el valor equivalente a treinta (30) unidades de sanción por cada licencia asignada, a la fecha de asignación.

Dicha obligación deberá satisfacerse en el plazo de cinco (5) días hábiles de practicada la notificación de la resolución de asignación de licencia, bajo apercibimiento de dejarse sin efecto la misma sin necesidad de intimación previa.

Artículo 15°: Planes de pago para la satisfacción del canon y gastos de asignación:

En el mismo plazo indicado en el artículo previo, podrá habilitarse planes de pagos de hasta cuatro (4) meses de extensión, pudiendose financiar hasta un cuarenta por

Carlos Horacio Salinas
Abogado - Gerente Jurídico
A.M.T. de S.M.A.

COPIA FIEL



ciento (40%) de las erogaciones debidas por los agencieros. Los intereses se calcularán conforme la tasa activa del Banco Nación vigente.

Artículo 16°: Sobre la condición de licenciatario asignatario – Emisión del Acto.

La asignación de licencias de Remis en el marco del presente, solo podrá ser obtenida por los aspirantes, por Resolución que expresamente les asigne licencia, no dando ni la inscripción ni el resultado del orden de aspirantes definitivo derecho alguno a los peticionantes.

El Directorio de la Autoridad Metropolitana de Transporte convocante emitirá el acto administrativo correspondiente sustentado en derecho, debiéndose valorar la prueba debidamente producida y considerará expresamente todos los hechos y documentos traídos a su conocimiento o introducidos de oficio en el presente procedimiento, y cuando los mismos guarden relación con el objeto de esta reglamentación.

Artículo 17°: Queda establecido que todas las providencias y resoluciones quedarán notificadas los días martes y jueves o el siguiente día hábil si éste fuere feriado, pudiéndose tomar vista de las actuaciones, salvo los supuestos que por ley deban practicarse la notificaciones al domicilio constituido.


Dr. Reinhold García Gambetta
Director
A.M.T. de Salta


Horacio Padovani
Director
A.M.T. de Salta


Ramón Ariel Álvarez
Director
A.M.T. de Salta


LIC. FEDERICO HANNE
PRESIDENTE - A.M.T. de Salta
Aut. de Aplic. Ley 1322
Ley 7126 (Decreto N° 1103/17)


Carlos Hernán Salinas
Abogado - Gerente Jurídico
A.M.T. de Salta
COPIA FIEL



*"Gral. Martín Miguel de Güemes,
Héroe de la Nación Argentina"*

