

# PROGRAMA DE PREVENCIÓN

## MATERNO INFANTIL

(P.P.M.I.)



Sr. Beneficiario del Servicio de Salud Solidario:

El “**PROGRAMA DE PREVENCIÓN MATERNO-INFANTIL**” (P.P.M.I.) tiene por objetivos construir una base de datos de afiliadas que estén cursando su embarazo, brindarles una cobertura especial, supervisar su correcto control pre-natal y la atención del parto con la asistencia del recién nacido.

El control pre-natal consiste en una serie de consultas programadas de la paciente con su médico para vigilar la evolución del embarazo. Con un adecuado seguimiento se logra la detección de enfermedades maternas, la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo; la vigilancia del crecimiento, vitalidad fetal y la preparación psico-física para el parto y la lactancia. El **P.P.M.I.** se hace extensivo al recién nacido y su control neonatal hasta el primer año de vida.

Según normativas de salud internacionales el seguimiento pre-natal debe ser: precoz, periódico, completo y de amplia cobertura. En función de esto, el Servicio de Salud Solidario implementa este **Programa** para beneficiar a sus afiliadas embarazadas y sus hijos.

La asociada embarazada, que no esté en período de carencia o pre-existencia, podrá ingresar al “Programa de Prevención Materno-Infantil” (P.P.M.I.) al igual que el recién nacido, si correspondiere.

La metodología del presente **Programa** se realizó bajo normas nacionales e internacionales, la colaboración de especialistas en Obstetricia, en Pediatría, en Farmacología y personal del Servicio de Salud Solidario.

### **Metodología de aplicación del P.P.M.I.:**

- La beneficiaria recibirá del Servicio Médico el **Instructivo del Programa** con una **Ficha de diagnóstico** (ver planilla adjunta) que deberá remitir a su médico tratante.
- El médico completará con información fidedigna el diagnóstico de embarazo, edad gestacional, fecha probable de parto y resumen de la historia clínica obstétrica de la paciente. Dicha ficha deberá ser entregada en el Servicio de Salud.
- Al ingresar al P.P.M.I. se les hará entrega de una chequera con una determinada cantidad de órdenes para análisis de laboratorio y de prácticas relacionadas al control del embarazo y al screening neonatal obligatorio que tendrán cobertura del 100%. Todos los análisis y/o prácticas que no figuren en la chequera, tendrán la cobertura habitual del 80% previa auditoría médica. Las órdenes de consulta y recetarios pueden imprimirse desde la página web de la Caja ([www.caja-abogados.com.ar](http://www.caja-abogados.com.ar)) o retirarse del Servicio Médico o de los Colegios de Abogados y/o Delegaciones del interior.
- También tienen cobertura del 100% de un listado de medicamentos (Vademécum del Programa de Prevención Materno Infantil) para la madre durante el embarazo y para el niño durante el primer año de vida. Este Vademécum incluye un listado de medicamentos cuyo uso racional está aceptado por normas nacionales e internacionales como seguros para la madre, el feto en gestación y para el niño en su primer año de vida. El Vademécum tiene como objetivos garantizar la calidad del medicamento y la accesibilidad del mismo por parte de los beneficiarios
- Sólo tienen cobertura del 100% las leches medicamentosas, en el caso de determinadas patologías y contra presentación de informe por escrito del pediatra y/o neonatólogo justificando la necesidad de este tipo de leches, El tope mensual es de hasta 4 (cuatro) kilos por mes durante el primer año de vida. Las leches maternizadas **no** tienen cobertura de ningún tipo.
- El curso de Psicoprofilaxis obstétrica se cubre por reintegro según lo estipulado en la Reglamentación interna (Cap.III.2.12.)
- El parto o cesárea tienen cobertura del 100% para las afiliadas incluidas en el Programa.
- La carencia reglamentaria para ingresar a este Programa es de 90 (noventa) días desde la asociación, siempre y cuando la afiliada no haya ingresado embarazada.

- Los controles, estudios y tratamientos sugeridos por el médico tratante deberán fundamentarse en protocolos reconocidos por entidades u organismos nacionales y/o internacionales (CLAP – Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, O.P.S., O.M.S.) y los medicamentos indicados deben estar incluidos en el Vademécum del **Programa de Prevención Materno-Infantil** del Servicio Médico.
- Valoración, si fuese necesaria, en casos de embarazos de alto riesgo, de la paciente y del plan de controles y tratamiento indicados, por la auditora del Servicio Médico, considerando las situaciones de excepción.
- Todas las aplicaciones del **P.P.M.I.** podrán consultarse en la página web de la Caja de Abogados de Cba. ([w.w.w.caja-abogados.com.ar](http://w.w.w.caja-abogados.com.ar)) y evacuar las dudas a través de los correos electrónicos del Servicio Médico.

**Para que los asociados titulares o familiares, tengan derecho a gozar los beneficios que otorga este Programa, el titular deberá estar al día en el cumplimiento de sus obligaciones previsionales con la Caja (artículo 13 del Reglamento del Servicio de Salud Solidario) y haber cumplimentado los plazos de carencia estipulados en el mencionado reglamento (artículo 29).**

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN MATERNO INFANTIL (P.P.M.I.)**

Nº DE AFILIADO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

APELLIDO NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

<b>FICHA OBSTETRICA</b>			
F.U.M.:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	F.P.P.:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Peso Anterior (kg.):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Talla (cm.):
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Edad Gestacional Actual:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	semanas

<b>ANTECEDENTES PERSONALES</b>	
(Marque con una cruz la opción que corresponda)	

	Sí	No		Sí	No
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones urinarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H.T.A previa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toxoplasmosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. de columna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis-HIV-Chagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infertilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros: _____		

<b>ANTECEDENTES OBSTETRICOS</b>	
(Marque con una cruz la opción que corresponda)	

Gestas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Partos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cesáreas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Gemelares	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Abortos espontáneos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Nacidos vivos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nacidos muertos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	R.N. con mayor peso	<input type="text"/>	<input type="text"/>
R.N. con menor peso	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Fin del embarazo anterior	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO PROFESIONAL