



GOBIERNO DE MENDOZA

OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS  
PÚBLICOS DE MENDOZA

## RESOLUCIÓN HD

**VISTO:** el Expte. 2018 - 03494318 referenciado: Actualización del “Procedimiento para la Autorización y Entrega de Fórmulas Alimentarias para Lactantes”, y

### CONSIDERANDO:

Que por las presentes actuaciones, el Sr. Subdirector de Innovación, Acceso a Medicamentos y Tecnología Sanitaria, eleva propuesta de Actualización del “Procedimiento para la Autorización y Entrega de Fórmulas Alimentarias para Lactantes”.

Que como antecedente se menciona la emisión de la RS HD-2024-1274-GDEMZA OSEP#MSDSYD, la cual ha debido ser revisada en sus lineamientos, adoptando como criterio la Resolución 409/2022 del Ministerio de Salud de la Nación y su documento operativo, denominado “*Estrategia Nacional de Adquisición y Distribución de Fórmulas*”.

Que en el nuevo Procedimiento se destacan los siguientes puntos:

- El otorgamiento de este beneficio abarca a afiliados entre 0 y 12 meses de edad corregida.
- Se fijan Topes de envases mensuales acorde a grupo etario.
- Se establecen las Condiciones para lactantes y que amamantan.
- Se define el Modelo de prescripción de fórmulas alimentarias.
- La Auditoría se descentraliza de planes especiales, realizándose en el consultorio de lactancia del Hospital Alexander Fleming durante el periodo de 0 a 12 meses con el objetivo de unificar la línea de cuidado.

Que la Dirección de Salud otorga su VºBº.

Que toma conocimiento el Sr. Director General y eleva a consideración y tratamiento del H. Directorio.

**Por ello;** y atento lo dispuesto por el Art. 40º del Decreto Ley 4373/63 y sus modificatorias,

### EL H. DIRECTORIO DE LA OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS PÚBLICOS RESUELVE:

**ARTÍCULO 1º** - Dejar sin efecto a partir del 01-04-2025 la Resolución HD-2024-1274-GDEMZA-OSEP#MSDSYD.

**ARTÍCULO 2º** - Aprobar el nuevo Procedimiento para autorización y entrega de Fórmulas Alimentarias para Lactantes, que se acompaña en Anexo adjunto.



GOBIERNO DE MENDOZA

OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS  
PÚBLICOS DE MENDOZA

**ARTÍCULO 3º** - Ordenar a los médicos prescriptores y a los auditores de todas las dependencias de la Obra Social, el cumplimiento con carácter Obligatorio de presente procedimiento.

**ARTÍCULO 4º** - Facultar a la Subdirección de Gestión de Medicamentos, a evaluar los casos excepcionales, no encuadrados en el nuevo procedimiento, pero que cuenten con la justificación necesaria, a fin de proceder a su aprobación mediante notificación fehaciente al área pertinente definida para tal fin y en caso de no corresponder; incorporar dichas excepciones en el plan 5 (nutriterápicos) o el que se determine en un futuro; quedando a cargo del afiliado abonar el co-pago vigente al momento de su inclusión.

**ARTÍCULO 5º** - Encomendar a la Dirección de Salud la notificación a las Áreas involucradas en el Procedimiento.

**ARTÍCULO 6º** - Publicar en el Boletín Oficial de la Provincia de la Mendoza.

**ARTÍCULO 7º** - Ordenar su notificación y comunicación.

APROBADO POR ACTA N° 10 – SESIÓN ORDINARIA DE FECHA: 10-04-2025

MVBR

## FÓRMULAS ALIMENTARIAS PARA LACTANTES

## DEFINICIÓN

Las fórmulas alimentarias son aquellas definidas en el capítulo XVII del Código Alimentario Argentino –aprobado por Ley N° 18.284 (B. O.: 28/07/69), concordantes y modificatorias al mismo- como “Fórmulas para lactantes”, ello es, las necesarias para alcanzar los requerimientos nutricionales que no se cubran con el consumo de alimentos convencionales, teniendo en cuenta tales requerimientos y conforme la correspondiente prescripción médica – de acuerdo a ANEXO A, en lo pertinente, y ANEXO B del ARTÍCULO 5° de la Resolución 409/2022 del Ministerio de Salud de la Nación.

A su vez, se clasifican en:

- **Fórmula alimentaria “de inicio”(FI):** para lactantes de hasta seis (6) meses de edad cumplidos.
- **Fórmula alimentaria “de continuación”(FC):** para lactantes de hasta doce (12) meses de edad cumplidos

## OBJETIVO GENERAL

- Otorgar fórmulas alimentarias a lactantes que no acceden a la lactancia y no presenten patologías asociadas.

## OBJETIVO ESPECIFICOS

- Satisfacer las necesidades nutricionales de los lactantes, durante los primeros doce (12) meses de vida.

## MARCO NORMATIVO

## NACIONAL



**Tipo:** Resolución del Ministerio de Salud de la Nación.

**N°/Año:** 409/2022

**Link:** <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/361665/texto>

**Cumplimiento:** Para Obras Sociales Nacionales y Prepagas que se ajustan en su estructura jurídica al marco normativo que regula (desde el año 1989) el sistema nacional de obras sociales (Ley 23.660) y el seguro de salud (Ley 23.661); estando sujetas al poder contralor de la Superintendencia de Servicios de Salud.

**Situación de OSEP:** La Obra Social no se encuentra alcanzada ni obligada por dicha Resolución dado que no ha adherido a la Ley 23.661 (seguro de salud). Caso contrario, fue creada mediante Ley 4373/63 Carta Orgánica de la Obra Social de los Empleados Públicos de Mendoza, debiendo emitir sus propias normativas para su funcionamiento; estando sujetas al poder contralor del Tribunal de Cuentas de Mendoza.

**Tipo:** Lineamiento: Estrategia Nacional de Adquisición y Distribución de Fórmulas

**N°/Año:** 2024

**Cumplimiento:** Estado Nacional

### CRITERIO DE OSEP

OSEP adopta el criterio utilizado en la RESOL-2022-409-APN-MS y del documento de Estrategia Nacional de Adquisición y Distribución para sus afiliados.

### CATEGORÍA DE USO

**Habitual** drogas de 1° elección que pueden ser prescriptas en el ámbito de internación y/o ambulatorio y no poseen señalamiento particular.

### PLANES ESPECIALES y COBERTURAS

<b>Categoría General:</b>	Plan Menor	<b>Descuento:</b>	• 100% solo para beneficiarios que cumplen con las condiciones para lactentes y personas que amamante establecidos en la actual norma.
<b>Tipo:</b>	Mayor Cobertura		

### TIPOS DE PLANES ESPECIALES y AUDITORÍA

N° Plan	Cobertura	Referencia	Auditoría	Lugar
6	100%	Fórmulas Alimentarias	Descentralizada	Hospital Alexander Fleming, Sedes y Subsedes

### CONDICIONES DE FÓRMULAS

<b>Condicion General</b>	Según RESOL-2022-409-APN-MS, ARTÍCULO 5°.- <i>La prescripción médica y tipo de leche a administrar (fórmulas alimentarias o leches medicamentosas) estará únicamente dirigida a personas con diagnósticos o condiciones que surgen del ANEXO A ACTO-2022-15529338-APN-DNACV#MS, con el tope de las cantidades que surgen del ANEXO B – ACTO2022-15531722-APN-DNACV#MS, los cuales forman parte de la presente medida.</i>
<b>Diagnósticos/ motivos aceptables para la entrega:</b>	<b>Condiciones del lactante</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Lactantes nacidos con hasta 32 semanas de gestación <b>O</b> hasta 1.500 gramos de peso al nacer (sin importar la edad gestacional), que no accedieron o no acceden a la leche humana o que necesitan complementar la lactancia (<math>SE \leq 32</math> o <math>\leq 1500g</math>).</li><li>• Lactantes nacidos a partir de la semana 33 y antes de 37 semanas (<math>33 \leq SE &lt; 37</math>), que no accedieron o no acceden a la leche humana o que necesitan complementar la lactancia.</li><li>• Lactantes bajo régimen de adopción.</li><li>• Lactantes con madre fallecida o ausente.</li></ul>
	<b>Condiciones de la persona que amamanta</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Persona con infección de VIH.</li><li>• Persona con infección de HTLV I y II.</li><li>• Persona con enfermedad o condición de salud grave que le imposibilite cuidar/amamantar al lactante.</li><li>• Persona con herpes simple tipo I (VHS-1) y varicela (en zona de la mama).</li><li>• Persona con consumo problemático de sustancias legales o ilegales (drogas, alcohol, etc.).</li><li>• Persona con uso de medicamentos contraindicados con la lactancia que no posean un reemplazo seguro para el lactante.</li><li>• Persona sin glándula mamaria.</li><li>• Decisión de no amamantar.</li></ul>

	<p><b>Aclaraciones</b></p> <p>Las prescripciones médicas con el diagnóstico/motivo de "decisión de no amamantar" <b>solo pueden ser emitidas durante el primer mes de vida del lactante</b>. Los beneficiarios que reciban FI bajo este diagnóstico también podrán acceder a la FC al cumplir los 6 meses de vida. <b>De este modo, solo podrán recibir la FC aquellos niños que hayan recibido FI dentro de su primer mes de vida</b>. Se deberá presentar declaración jurada (<b>ANEXO A</b>).</p>
<b>Prescriptores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico/a especialista en clínica médica.</li> <li>• Medicina general.</li> <li>• Medicina de familia y/o pediatría.</li> </ul>
<b>Prescripción</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realizará prescripción según modelo (<b>ANEXO B</b>), <b>no</b> requiriéndose formulario terapéutico de planes especiales.</li> <li>• Debe especificarse si es FP, FI o FC <b>sin marca comercial</b>, caso contrario será rechazada.</li> <li>• Las cantidades a consignar <b>no deben superar las estipuladas en la actual norma, caso contrario será rechazada</b>.</li> </ul>

Cantidad máxima de meses a cubrir	
Lactantes nacidos con hasta 32 semanas de gestación o hasta 1.500 gramos de peso al nacer (sin importar la edad gestacional recibirán (cantidades máximas en meses a cubrir) ( $SE \leq 32$ o $\leq 1500g$ )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fórmula de prematuros:</b> desde la fecha de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) hasta el tercer mes de edad corregida.</li> <li>• <b>FI:</b> entre los 3 y 6 meses de edad corregida.</li> <li>• <b>FC:</b> entre los 6 y 12 meses de edad corregida.</li> </ul>
Lactantes nacidos a partir de la semana 33 y antes de 37 semanas ( $33 \leq SE < 37$ ), que no accedieron o no acceden a la leche humana o que necesitan complementar la lactancia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>FI:</b> fecha de alta de la UCIN hasta el sexto mes de edad corregida.</li> <li>• <b>FC:</b> desde los 6 hasta los 12 meses de edad corregida.</li> </ul>
Todos los demás diagnósticos recibirán (cantidades máximas en meses a cubrir):	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>FI:</b> entre los 0 y 6 meses de edad.</li> <li>• <b>FC:</b> entre los 6 y 12 meses de edad.</li> </ul>

Topes de envases							
Edad	Tipo de Fórmula	Polvo			Líquida		
		Cantidad máxima de gramos/mes	Cantidad Máxima en latas (1 kg)/mes	Cantidad Máxima en latas (800 g)/mes	Cantidad Máxima en ml/día	Cantidad Máxima en ml/mes	Cantidad Máxima de bricks (200 ml)/mes.
0-2 meses	FI	3330 g	4	5	787 ml	23600 ml	118
3-5 meses	FI	4230 g	5	6	1003 ml	30090 ml	150
0-6 meses	FI	3810 g	5	6	910 ml	27300 ml	137
7-12 meses	FC	2460 g	-	3	-	-	-
<b>Nota:</b>	cuando se requiera fórmula para prematuros, se otorgan solo hasta el 3° mes corregido y en las cantidades máximas definidas en el cuadro.						

## ANEXO A: MODLEO DECLARACIÓN JURADA DE CONSERÍA

Fecha (dd/mm/aaaa), Ciudad y Provincia

Por la presente, se deja constancia de que el equipo de salud del (nombre del efector), compuesto por los dos profesionales firmantes de esta declaración, ha brindado consejería a los adultos responsables de (nombre y apellido del lactante, y número de DNI en caso de tenerlo), quienes han expresado su decisión de no amamantar al lactante.

Durante la consejería, se informaron los beneficios de la lactancia materna y los posibles riesgos asociados con una suspensión innecesaria, tanto para la persona que amamanta como para el lactante, a corto y largo plazo.

Además, se proporcionaron instrucciones detalladas sobre la correcta preparación de las fórmulas para garantizar una adecuada alimentación con biberón, verificando que dichas indicaciones fueran completamente comprendidas."

Firma y sello de dos miembros del equipo de salud (de diferentes disciplinas profesionales)

<b>MODELO DE PRESCRIPCIÓN (Marcar con una "X") (OBLIGATORIO)</b>	
Fórmula de Inicio	Fórmula de Continuación
Fecha de la prescripción: ...../...../.....	
<b><u>DATOS DEL LACTANTE</u></b>	
Apellido y Nombre: ..... Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Fecha de nacimiento: ...../...../..... DNI N° (OPCIONAL): .....	
Semanas restantes a partir del nacimiento hasta las 40 semanas de gestación: ..... (información OBLIGATORIA para lactantes nacidos con hasta 32 semanas de gestación o hasta 1.500 gramos de peso al nacer )	
<b><u>DATOS DEL RESPONSABLE A CARGO (OBLIGATORIO)</u></b>	
Apellido y Nombre: .....	
DNI N°: .....	
<b><u>DIAGNÓSTICOS DE PRESCRIPCIÓN (Marcar al menos uno con una "X") (OBLIGATORIO)</u></b>	
<b>1) CONDICIONES DE LA PERSONA QUE AMAMANTA</b>	
<input type="checkbox"/> Infección de VIH SIDA	<input type="checkbox"/> Infección de HTLV I y II
<input type="checkbox"/> Enfermedad o condición de salud grave que le imposibilite cuidar/amamantar al lactante	<input type="checkbox"/> Herpes simple Tipo I y varicela (en zona de la mama)
<input type="checkbox"/> Consumo problemático de sustancias legales o ilegales (drogas, alcohol, etc.)	<input type="checkbox"/> Uso de medicamentos contraindicados con la lactancia que no posea reemplazo seguro para el lactante
<input type="checkbox"/> Sin glándula mamaria	<input type="checkbox"/> Decisión de no amamantar ( <b>OBLIGATORIO ADJUNTAR DDJJ (Ver MODELO)</b> )
<b>2) CONDICIONES DEL LACTANTE</b>	
<input type="checkbox"/> Bajo régimen de adopción, guarda o institucionalizado	<input type="checkbox"/> Madre fallecida o ausente
<input type="checkbox"/> Lactantes nacidos con hasta 32 semanas de gestación O hasta 1.500 gramos de peso al nacer (sin importar la edad gestacional), que no accedieron o no acceden a la leche humana o que necesitan complementar la lactancia (SE<32 o <1500g)	<input type="checkbox"/> Lactantes nacidos entre 33 y hasta 36 semanas inclusive, que no accedieron o no acceden a la leche humana o que necesitan complementar la lactancia (33≥SE>37)
<b><u>CANTIDAD DE FÓRMULA A ENTREGAR (OBLIGATORIO)</u></b>	
Duración de la prescripción: ..... mes/es	
Cantidad de mensual: ..... gramos	
<p><b>Nombre/apellido y especialidad del médico</b>  <b>Firma, matrícula y sello</b>  <b>(OBLIGATORIO)</b></p> <p><small>ATENCIÓN: COMPLETAR CON LETRA Y SELLO LEGIBLE  ANEXAR DD JJ (OBLIGATORIO PARA DIAGNÓSTICO DE DECISIÓN DE NO AMAMANTAR)</small></p>	



**Obra Social de Empleados Públicos - Mendoza**  
70° Aniversario de la creación de OSEP (1953 - 2023)

**Resolución Honorable Directorio**

**Número:**

Mendoza,

**Referencia:** Expte. 2018-03494318 Actualización para el Procedimiento para la Autorización y Entregas de Fórmulas Alimentarias para Lactantes

---

*Datos Generales*

N° de Expte: <b>03494318-EX-2018</b>	Asunto: <b>PROPUESTAS DE ÁREAS</b>
--------------------------------------	------------------------------------