

ACUERDO N° 3249

La Plata, 30 de noviembre de 2005.-

VISTO: Que por los Acuerdos 2019/82, 2108/85, 2118/85, 2205/87, 2210/87, 2619/94 y Resoluciones 2483/88 y 951/94, se instrumentó y reglamentó un régimen de subsidios destinados a la totalidad del personal de planta permanente del Poder Judicial, y

CONSIDERANDO: Que en virtud del tiempo transcurrido desde la vigencia de las normas citadas, éstas fueron superadas por el avance de la medicina en sus distintos aspectos y, a la que debe sumarse, la variación de la modalidad de cobertura de las Obras Sociales en estos últimos años.

Que en consecuencia es menester readecuarla a esta realidad, teniendo en cuenta que el fin último de los subsidios consiste en una ayuda económica al personal del Poder Judicial para afrontar las contingencias que afecten su salud o la de su grupo familiar.

Que asimismo, hay que tener presente que las erogaciones por estos conceptos, no pueden sobrepasar las posibilidades del presupuesto vigente, según el criterio adoptado en la Resolución 951/94.

POR ELLO: la Suprema Corte de Justicia, en uso de sus atribuciones,

ACUERDA

Artículo 1°: Aprobar el nuevo Reglamento de los **SUBSIDIOS SOCIALES, MEDICOS Y ODONTOLÓGICOS**, cuyo otorgamiento se regirá por las pautas generales y especiales que integran el cuerpo normativo contenido en el **ANEXO** al presente.

Artículo 2°: En todos los casos y sin excepción, el agente que cuente con obra social primaria y coseguro deberá realizar el trámite de reconocimiento para tener derecho al pago del subsidio. Cumplido con ello, se tendrá derecho a percibir la diferencia entre el valor total de lo solicitado y el importe reconocido por la obra social del agente y el coseguro.

Artículo 3°: De no contar con obra social o si ésta no brinda cobertura, con la debida acreditación el agente estará sujeto a los límites establecidos para cada subsidio en particular con aplicación del tope previsto en el Acuerdo n° 2619, según los casos.

Artículo 4°: Sólo en los caso debidamente justificados por profesionales médicos y auditados por la Dirección general de Sanidad del Poder Judicial, se otorgarán los distintos subsidios cuando los tratamientos sean realizados en instituciones o por profesionales no reconocidos por la obra social del agente y siempre y cuando no proceda la vía de reintegro por dicha obra social. En estos casos se abonará lo que hubiera reconocido la obra social primaria del agente, descontando lo cubierto por coseguro con aplicación del tope previsto por el Acuerdo n° 2619, según los casos.

Artículo 5°: No se reconocerán consultas médicas que no estén relacionadas con el tratamiento médico que da lugar al subsidio y los montos a reintegrar estarán sujetos a los límites establecidos para cada subsidio en particular (Ver Anexo).

Artículo 6°: Será obligatorio para el agente al momento de solicitar el subsidio, denunciar con carácter de declaración jurada si posee obra social primaria y coseguro, como así también el de su cónyuge e hijos.

Artículo 7°: Los honorarios médicos de profesionales libres o sin convenio con la Obra Social primaria, serán ajustados a los valores indicados en el nomenclador de cada Colegio o Agremiación Profesional (según especialidad) con un tope de hasta dos veces su valor. En todos los casos en materia de subsidio se descontará el valor que por cada prestación reconozca el coseguro.

Artículo 8°: Se operará la caducidad automática de todo beneficio, transcurridos 6 meses del hecho generador del mismo, entendiéndose como tal el padecimiento en la salud que da motivo al tratamiento médico. Si por razones ajenas al solicitante, debidamente justificadas, le fue imposible solicitar el subsidio antes de vencido el término referido, excepcionalmente, por única vez y según las circunstancias particulares del agente, se dará curso al pago en los casos en que proceda. Queda excluido el caso del subsidio por fallecimiento para los beneficiarios comprendidos en el Anexo- Items A-1: Cónyuge, conviviente e hijos y el de incapacidad.

En los casos en que el agente deba realizar trámite de reconocimiento ante su obra social primaria, se tendrá en cuenta a los fines del cómputo del plazo, la fecha que surja del resultado de dicho trámite.

Artículo 9°: La solicitud de los subsidios se presentará ante el superior jerárquico a fin de ser elevados a la Subsecretaría de Personal del Tribunal, mediante los formularios o sistemas informáticos que al efecto se encuentren vigentes, debiéndose en dicha oportunidad presentarse: los recibos o facturas originales que cumplan con las normas de la A.F.I.P. con importes indicados en letras y números, con la indicación de pagado. Solo se aceptarán las copias cuando los originales se utilicen para el reconocimiento ante la obra social o coseguro. Además, deberá indicarse el código del nomenclador nacional que responda al tratamiento realizado, el nombre y apellido de los profesionales intervinientes y el carácter en que actúan. Asimismo, en todos los casos, deberá acompañarse historia clínica legible.

Artículo 10°: Estos serán concedidos por el Presidente de la Suprema Corte de Justicia, quien podrá requerir el asesoramiento técnico adicional que estime necesario o disponer diligencias comprobatorias por intermedio del personal que designe.

Artículo 11°: Excepciones: Se podrán otorgar, con dicho carácter, solicitudes de subsidios que, desde el punto de vista médico, social y económico del agente y por razones de necesidad que comprendan situaciones estrictamente humanitarias, estén fuera de los contemplados en el presente acuerdo. La determinación del monto a reconocer se ajustará a las pautas establecidas para cada caso por el I.O.M.A. u otra obra social reconocida legalmente, pudiéndose extender solo en los casos en que el solicitante justifique la imposibilidad de afrontar los gastos que demanden.

Asimismo se otorgarán subsidios en situaciones en que el agente, con la debida justificación, no pueda afrontar los gastos en forma anticipada, para lo cual deberá acompañar constancia de deuda con la firma del representante legal de la institución o del profesional médico que realice el tratamiento, comprometiéndose a que dentro de los 30 días de abonado el subsidio acompañe la acreditación del pago.

Artículo 12°: El presente régimen entrará en vigencia a partir del día de la fecha. Derógase toda normativa contraria a las disposiciones del presente.

Comuníquese. Publíquese.

FIRMADO: HECTOR NEGRI, FRANCISCO HECTOR RONCORONI, JUAN CARLOS HITTERS, LUIS ESTEBAN GENOUD, EDUARDO JULIO PETTIGIANI, EDUARDO NESTOR de LAZZARI, CARLOS ALBERTO SANCHEZ VELOZ, Subsecretario.

ANEXO

A. SUBSIDIOS SOCIALES:

A.1- Fallecimiento del agente: El importe del subsidio será el equivalente a dos veces el sueldo de Oficial Mayor, de la escala de remuneraciones de este Poder Judicial,

calculado al momento de producirse el fallecimiento, abonándose en forma inmediata en el siguiente orden excluyente de prioridad:

- El cónyuge supérstite, salvo que se encontrara divorciado o separado de hecho del causante sin voluntad de unirse por más de tres años;
 - El o la conviviente que demuestre haber sido reconocido como tal a los fines de obtener el derecho a una pensión según dictamen o resolución administrativa, emanado del Instituto de Previsión Social de la Provincia de Buenos Aires u otro organismo similar o equivalente.
 - Los hijos del causante. Si son menores de edad a través de su representante legal o judicial.
 - Los padres del causante. Si estos estuvieren divorciados o separados de hecho, se liquidará en partes iguales.
 - Los hermanos del causante. Si fueren menores de edad, a través de su representante legal o judicial. Si fueren varios hermanos, se liquidará por partes iguales.
 - Los medio hermanos del causante, con los mismos requisitos del items anterior.
- Los vínculos familiares enumerados precedentemente, se acreditarán con la presentación de los certificados actualizados y expedidos por la autoridad nacional o provincial competente. La representación de los menores de edad, deberá acreditarse mediante los testimonios judiciales correspondientes.

El presente subsidio es excluyente del previsto en la ley 9.507 art. 2, pudiendo el agente optar por éste mediante manifestación expresa.

De no existir ninguno de los beneficiarios enumerados precedentemente, se autorizará el pago de los gastos de sepelio a la persona que justifique mediante documentación correspondiente haberlos abonado, hasta el 50% del monto representado en el subsidio por fallecimiento.

A.2- Fallecimiento de familiar a cargo. El importe del subsidio será hasta el equivalente al sueldo asignado al cargo de Oficial Mayor de la escala de remuneraciones del personal del Poder Judicial. El monto habrá de calcularse al momento de producirse el deceso y será abonado en forma inmediata al agente.

A.3- Incapacidad permanente, física o mental. El importe será el equivalente al SETENTA Y CINCO (75) POR CIENTO del monto correspondiente al subsidio por fallecimiento, y será abonado cuando tal incapacidad haya sido la causa que determinara la pérdida del empleo del agente, aun cuando éste tenga derecho a una jubilación inmediata.

B. SUBSIDIOS MEDICOS

B.1- Internaciones Clínicas, Quirúrgicas o Cirugías ambulatorias. Incluye todo tipo de internación clínica o quirúrgica o cirugías ambulatorias en las situaciones contempladas en el artículo 2 para el agente, cónyuge e hijos menores de 18 años. Quedan excluidas las cirugías plásticas de carácter estético, salvo las de carácter reparador.

En estos casos se considerará para el reintegro el costo para cada patología y/o practicas según nomenclador modulado de I.O.M.A u otros nomencladores según el caso.

Las internaciones en unidad de terapia intensiva y/o unidad coronaria intensiva: Se reconocerá el costo según módulo establecido por el I.O.M.A. hasta dos veces el tope del Acuerdo n° 2619.

B.2- Tratamientos oncológicos. Solo los normatizados, excluyendo medicamentos inespecíficos o en experimentación.

Se reconocerá hasta un máximo de 2 consultas médicas mensuales según el límite dispuesto en el artículo 3°.

Queda excluida toda patología y/o tratamiento médico no derivado del oncológico. En los casos de proceder rehabilitación, se estará a lo normado en items correspondiente.

B.3- Internaciones psiquiátricas. Una vez por año calendario y hasta un máximo de 3 meses continuados o alternados, pudiéndose ampliar dicho plazo en función de la patología en tratamiento, previa auditoria de la Dirección General de Sanidad. En estos casos se reconocerá igual valor que el establecido en el módulo correspondiente según el I.O.M.A.

B.4- Prótesis y ortesis. Las no cubiertas por la obra social primaria del agente, en un 70% de su valor total, descontado lo reconocido por coseguro, y hasta un monto máximo de \$3.000. En todos los casos la colocación de las mismas deberán estar justificadas por el profesional actuante y con auditoria previa de la Dirección General de Sanidad que evaluará la justificación presentada.

Colocada la prótesis el agente deberá someterse a una auditoria por parte de la Dirección antes mencionada.

B.5- Oftalmología. En los casos no reconocidos por la obra social primaria del agente y previa auditoria de la Dirección General de Sanidad que justifique su realización, se reconocerá el 70% del costo total de los tratamientos oftalmológicos quirúrgicos, descontado lo cubierto por coseguro, con un máximo de \$3.000 por ambos ojos.

B.6- Estudios y tratamientos por esterilidad. Los tratamientos por esterilidad de baja complejidad, serán reconocidos hasta cuatro (4) veces, por única vez, realizados sucesiva o alternadamente y en un 70% del valor total. Los tratamientos por trastornos de la fertilidad en la pareja y las fertilizaciones asistidas de todo tipo, serán reconocidas hasta tres (3) intentos, por única vez y en un 70% de su valor total. Ambos tratamientos deberán estar debidamente justificados por el equipo profesional del solicitante y auditado por la Dirección General de Sanidad para que determine su procedencia. Se tendrá como base los costos que la Dirección de Sanidad proporcione periódicamente, descontado lo reconocido por coseguro.

B.7- Parto por cesárea: Procederá solo en los casos médicamente justificados y auditados por la Dirección General de Sanidad. Se reconocerá el monto establecido para este módulo según el I.O.M.A.

B.8- Audífonos. En los casos no cubiertos por la obra social primaria del agente, se abonará solo el importe del material reconocido por la obra social descontado lo cubierto por el coseguro. En los casos médicamente justificados y auditados por la Dirección General de Sanidad, podrá extenderse la cobertura sobre el valor reconocido por la obra social, cuando el costo del audífono respecto de este último sea de una entidad tal, que según las circunstancias del caso y la particular situación del solicitante, así lo justifiquen.

B.9- Traslados en móviles sanitarios u otros. No reconocidos por la obra social primaria del agente y que no se traten de urgencias. Este deberá estar justificado por el profesional solicitante indicando: tipo de traslado, vehículo a utilizar y su equipamiento, su frecuencia y su duración.

Esta solicitud deberá estar auditada por la Dirección General de Sanidad para su procedencia y solo se reconocerá hasta 6 meses por año calendario o por la duración del tratamiento si fuere menor. Queda excluido todo tipo de traslado que no tenga relación con tratamiento médico alguno. El valor de referencia será hasta el doble del que reconoce I.O.M.A. para estos casos

B.10- Transplantes. En todos los casos no reconocidos por la obra social primaria del agente y médicamente justificado, se reconocerá un 70% del valor total, descontado lo cubierto por coseguro, hasta un monto máximo de \$5.000. Este monto podrá ser ampliado hasta \$10.000 previa auditoria por la Dirección General de Sanidad que justifique la ampliación, la que deberá expedirse también respecto de la procedencia de la justificación antes mencionada.

B.11- Estudios genéticos. Preconcepcionales, gestacionales incluidos los maternos y paternos y postnatales del nacido que no estén incluidos en el screening neonatal, salvo que la obra social primaria del agente no le de cobertura. Estos se abonarán en un 70% de su valor y siempre que estén médicamente justificados, por única vez para cada progenitor y en cada gestación o en su producto en caso de pérdida de embarazo y hasta un máximo de 2 estudios. La justificación será auditada por la Dirección General de Sanidad para determinar su procedencia.

B.12- Estudios por imágenes: Procederán sólo los que cumplan con los requerimientos fijados por el Instituto de Obra Médico Asistencial (I.O.M.A.). Con la debida justificación médica, evaluada por la Dirección General de Sanidad, se reconocerán estudios realizados en instituciones no cubiertas por la obra social primaria del agente, hasta 6 anuales y por el monto que paga el I.O.M.A. según el caso, descontado lo cubierto por coseguro. Puede ampliarse por la gravedad del tratamiento, siempre con la correspondiente auditoria.

B.13 Estudios anatomopatológicos.- Su realización y diagnóstico histopatológico. Se reconocerán 2 por año, con posibilidad de ampliarlos en los casos médicamente justificados y auditados por la Dirección General de Sanidad. Se reconocerá el monto modulado por el I.O.M.A. y descontado lo cubierto por coseguro.

B.14- Tratamientos de rehabilitación integral. En todos los casos no reconocidos por la obra social primaria del agente y debidamente justificado desde el aspecto médico científico, se reconocerá por el tratamiento de rehabilitación, el valor de la sesión kinesiológica según nomenclador categoría "C", con un tope de hasta el doble de dicho valor, con un máximo de 48 sesiones anuales en total.

La valoración médico científica del tratamiento será realizada por la Dirección General de Sanidad. Asimismo, esta Dirección auditará los pedidos de ampliación de cobertura a los efectos de su procedencia, fijando los límites de la misma.

En los casos que surjan nuevas terapias de rehabilitación y cuenten con honorarios estipulados por su respectivo colegio o agremiación, se estará a lo dispuesto en el artículo 3 para los honorarios libres. En todos los casos las nuevas terapias serán auditadas por la Dirección General de Sanidad.

B.15- Fonoaudiología. Sólo para hijos menores de edad. En los casos médicamente justificados que requieran tratamiento por profesionales no reconocidos por la obra social primaria del agente, por patología diagnosticada y por única vez por año calendario, se reconocerá hasta un máximo de 8 sesiones mensuales y 48 anuales en total, al valor de la práctica según el I.O.M.A. o nomenclador específico, con un tope del doble de dicho valor, siempre descontado lo cubierto por coseguro. En el agente solo se reconocerá dentro del tratamiento de rehabilitación o en los casos médicamente justificados y auditados por la Dirección General de Sanidad, con idénticos límites.

B.16.- Terapia Individual, para el agente e hijos menores de edad. En los casos médicamente justificados que requieran tratamiento por profesionales no reconocidos por la obra social primaria del agente, por patología diagnosticada y por única vez en el año calendario, se reconocerán hasta un máximo de 8 sesiones mensuales y 48 anuales en total, al valor de la práctica según el I.O.M.A. o nomenclador específico, con un tope del doble de dicho valor, descontado lo cubierto por coseguro. El tratamiento deberá ser efectuado por médico psiquiatra o por psicólogo, pudiéndose realizar, en forma conjunta o individual, según lo requiera el caso. Solo en los casos, que auditados por la Dirección General de Sanidad, se determine la necesidad de ampliar el tratamiento, se reconocerá la ampliación de los términos y con los límites que indique dicha auditoria.-

Queda descartada toda patología preexistente a la fecha de ingreso.-

B.17- Tratamiento integral de la discapacidad del agente e hijos. En los casos médicamente justificados que requieran tratamientos no reconocidos por la obra social primaria del agente, se reconocerán 2 consultas mensuales y el valor será equivalente a dos veces el valor del arancel fijado en el artículo 3º del cuerpo principal, por cada una.

La justificación del tratamiento será especialmente auditado por la Dirección General de Sanidad a los fines de su procedencia.

En el caso de tratamiento psicológico, fonoaudiológico y de rehabilitación, se estará a los límites establecidos para cada caso. Se podrán extender con la debida auditoria y valoración de costos.

Será condición, además, contar con el certificado de discapacidad expedido por autoridad competente, la historia clínica que detalle fundamentalmente el porcentual de discapacidad, su tipo, tratamiento a realizar, su duración y la medicación específica si el caso lo requiere.

En ningún caso serán reconocidos medicamentos inespecíficos, ni los que respondan a patologías no provocadas por la discapacidad. Además, no se reconocerán terapias alternativas. No se reconocerá este subsidio a los agentes que ingresen con discapacidades preexistentes.

B.18- Medicamentos. En todos los casos en que se requiera medicación, ésta deberá responder a la patología que da origen al subsidio y previa auditoria de la Dirección General de Sanidad que determine su procedencia, se reconocerá hasta un 30% de su valor.

Si dicha medicación tuviere cobertura del I.O.M.A. y coseguro, se reconocerá la diferencia de dicha cobertura hasta el límite del 30%. En todos los casos deberá acompañarse copia de la prescripción médica, con indicación terapéutica e identificación del paciente.

B.19- Tratamientos médicos. no especificados en este acuerdo, realizados por profesional médico de las distintas ramas de la medicina y cuya idoneidad científica se encuentre avalada por la Dirección General de Sanidad, se reconocerá hasta 6 anuales y con un límite de hasta 2 veces el valor fijado para honorarios médicos en el **artículo 3º** del cuerpo principal, descontado lo cubierto por coseguro.

C- SUBSIDIOS ODONTOLÓGICOS

Este beneficio alcanza en forma exclusiva a los agentes en las siguientes situaciones:

C.1- Prótesis dentarias fijas y flexibles e Implantes. Corona provisoria y placa de bruxismo y rebasado. Los beneficiarios deberán someterse a un control pre y post operatorio ante los Odontólogos Auditores de la Dirección General de Sanidad; quienes determinarán la procedencia, delimitación o negativa de la solicitud, desde el punto de vista profesional.

Además para hacer efectivo el subsidio, éste deberá ser acompañado de:

- Recibo o factura original del profesional actuante, que cumpla con las normativas de la A.F.I.P.; con nombre y apellido del agente, número de la o las piezas dentarias tratadas, códigos del nomenclador correspondiente a los trabajos realizados, fecha de la colocación de las prótesis la que no deberá ser posterior a la percepción de los honorarios.
- Ficha Odontológica con firma y sello aclaratorio del profesional; odontograma correctamente realizado y demás datos personales completos del agente.
- En el caso de prótesis fija: Radiografías, pre y post tratamientos. De facturarse elementos provisionarios éstos deberán ser enviados a la Auditoría.
- En el caso de prótesis removibles de cromo: Radiografías pre y post tratamientos.
- En el caso de prótesis completas: Modelos con y sin las prótesis colocadas.
- En el caso de prótesis removibles de acrílico: Radiografías pre y post tratamientos.

En el caso de las prótesis removibles flexibles: Modelos con y sin prótesis o en su defecto fotos pre y post tratamientos.

- En el caso de placas de bruxismo: Historia clínica y modelos de ambos maxilares, no reconociéndose placas standard ni protectores bucales de siliconas que se venden en los comercios.

Otorgado el presente subsidio, podrá ser utilizado nuevamente una vez finalizado el año calendario. En caso de formularse un nuevo pedido antes del plazo mencionado, deberá justificarse el mismo mediante auditoría ante la Dirección General de Sanidad, la que deberá acreditar la necesidad de otorgar el subsidio.

En caso de realizarse un nuevo pedido de subsidio por prótesis ya reconocidas por esta Auditoría, los requisitos son los siguientes:

- **PROTESIS FIJAS:** No podrán repetirse con un plazo menor a siete (7.) años, debiendo acompañar: Historia clínica que justifique la realización de una nueva prótesis y radiografía pre y post operatorias.
- **PROTESIS REMOVIBLES O COMPLETAS:** La repetición de éstas, no podrá hacerse en un plazo menor a cinco (5) años.

Son requisitos indispensables para la repetición de cualquier tipo de prótesis, pasar previamente por la Auditoría, donde los profesionales odontólogos evaluarán la procedencia de éstas.

En ambos casos, de formularse un nuevo pedido antes del plazo mencionado, deberá justificarse el mismo mediante auditoría ante la Dirección General de Sanidad, la que deberá acreditar la necesidad de otorgar el subsidio.

Cuando se tratare de Agentes pertenecientes a Departamentos Judiciales del interior, la evaluación y autorización de éstos casos se realizarán cuando los odontólogos Auditores viajen a esas dependencias; caso contrario el agente deberá concurrir a la Dirección de Sanidad en la ciudad de La Plata.

En todos los casos los montos a abonarse serán los que se detallan en el Nomenclador Odontológico de cada práctica.