



CORDOBA

RESOLUCION 40/2005 INSTITUTO PROVINCIAL DE ATENCION MEDICA

Instituto Provincial de Atención Médica --
Procedimiento de tramitación de peticiones de
ampliación de cobertura de prestaciones y/o
provisiones.

Emisión: 05/05/2005; Boletín Oficial 06/05/2005

Visto el elevado número de trámites presentados con el objeto de obtener ampliación de la cobertura prestacional oportunamente establecida por la normativa general vigente, y

Considerando:

Que corresponde a este Instituto la administración y organización de un sistema de cuidado de la salud para todos sus beneficiarios, que comprenda la atención médica integral establecida en el artículo 7º de la [Ley 5299](#).

Que, en tal sentido y en función de lo normado por los artículos 7º y concordantes de la [Ley 5299](#) y 50, 55, 61, 66, 89, 91, 92 y 108 -entre otros- del Decreto N° 2259/72, se encuentra vigente un sistema normativo general que define la cobertura prestacional a la cual tienen derecho los beneficiarios (cfr. [Decretos N° 463/04](#), 774/04, 878/04 y 945/04 entre otros).

Que a partir de dichos actos administrativos regulares este Instituto garantiza -en ejercicio de las facultades que le son propias- la atención de la salud en todos los niveles de complejidad y la misma es puesta al alcance de todos los beneficiarios por medios aceptables de calidad, accesibilidad, oportunidad, equidad, integralidad. En este sentido, y entre otras prestaciones, se garantizan los servicios de prevención primaria (promoción y prevención), prevención secundaria (curativo y de tratamiento) y prevención terciaria (rehabilitación) -como proceso continuo-; provisión de prótesis y órtesis con cobertura al 100 %; medicamentos de uso ambulatorio con cobertura del 30 %, 50 % y 100 %; y medicamentos oncológicos con cobertura del 100 %.

Que están reglamentados los mecanismos de entrada al sistema y de circulación de los beneficiarios hacia y desde los diferentes niveles de atención, respetando la libre elección del beneficiario con la coordinación y responsabilidad de los prestadores y efectores del Instituto, garantizando el acceso oportuno a todas las prestaciones requeridas.

Que, sin embargo, este Directorio no puede dejar de advertir que -a partir de la grave crisis económica, financiera y social generada a partir del año 2001- el Gobierno Nacional dispuso la emergencia sanitaria nacional hasta el día 31 de diciembre de 2005 (cfr. [Decretos N° 486/02](#), [2724/02](#), [1210/03](#) y [Ley 25.972](#)) y, con arreglo a ello, dispuso un Programa Médico Obligatorio de Emergencia con el objeto de garantizar el acceso a los bienes y servicios básicos para la Conservación de la salud de todos los habitantes de la Nación (cfr. Resoluciones N° 210/02 y [310/04 del Ministerio de Salud](#) de la Nación). Dicho Programa define -mientras subsista la situación de emergencia- las prestaciones básicas esenciales como las necesarias e imprescindibles para la preservación de la vida y la atención de las enfermedades que deben garantizar el Sistema Nacional del Seguro de Salud y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

Que, no obstante ello, el Gobierno Provincial, oportunamente adoptó las medidas que posibilitaron -antes y ahora- garantizar los recursos necesarios para mantener la amplitud, regularidad y calidad del sistema de cuidado de la salud establecido por este Instituto (por ejemplo, cobertura del 50 % para medicamentos de uso en ambulatorio y del 100 % para

programas especiales, oncológicos y crónicos).

Que, sin perjuicio de ello, existe un elevado número de trámites presentados con el objeto de obtener ampliación de la cobertura prestacional oportunamente establecida por la normativa general vigente.

Que la ampliación de la cobertura oportunamente definida por actos de alcance general -en los cuales no se haya previsto expresamente dicha potestad- podría implicar la violación por parte de este Directorio del principio de la igualdad garantizado por el artículo 16 de nuestra Constitución Nacional y por los Tratados de Derechos Humanos con jerarquía constitucional (cfr. art. 75 inciso 22 -2º párrafo- de la C.N.).

Que, en este sentido, cabe resaltar que en el ámbito del Derecho Administrativo esta práctica de autorizar excepciones particulares a regímenes generales es tratada como "Principio de inderogabilidad singular de reglamentos". Al respecto, y si bien en la legislación Argentina no hay una prohibición expresa de este tipo de prácticas, existen algunos antecedentes jurisprudenciales y doctrinarios que receptaron el principio de la inderogabilidad recién citado como derivación lógica de la garantía de igualdad asegurada por la Constitución Nacional. Tales antecedentes explican "que los órganos administrativos no pueden violar sus propias reglamentaciones, por lo que para poder dictar un acto de alcance particular que se aparte de ellas, es menester derogar la norma reglamentaria preexistente, modificarla o interpretarla en forma tal de permitir que junto a la regla general coexista una excepción razonable, creada sobre datos objetivos, susceptible de ser utilizada por todos los que se encuentren en la misma situación" (cfr. CSJN Fallos 312:1394 in re "Promenade S.R.L. c/ Municipalidad de San Isidro" y Bianchi, Alberto "El caso Promenade y la Llamada Inderogabilidad Singular de Reglamentos en un Controvertido Fallo", en Revista de Derecho Administrativo, 1989, Año 1, Editorial Depalma).

Que, en atención a ello, surge oportuno definir un criterio único de resolución de las peticiones de ampliación de cobertura cuyo fundamento principal radique en la dificultad de los beneficiarios de acceder a las prestaciones y/o provisiones por razones socio-económicas.

Que es propósito de esta gestión dotar de transparencia al sistema prestacional a través de la reglamentación del procedimiento de acceso a la Atención Médica cuando existan razones socio-económicas que dificulten o imposibiliten dicho acceso.

Que, en tal sentido, y en aras de lograr los altos objetivos antes expuestos, debe contemplarse como eje decisivo la limitación socio-económica del beneficiario.

Que los pilares del procedimiento a adoptar en los casos en cuestión son la verificación de la situación socio-económica del grupo familiar -medida por procedimientos técnicos- y la comprobación de que la prestación y/o provisión -cuya ampliación de cobertura se solicita- esté incluida en el Menú Prestacional aprobado por la normativa general vigente con un coseguro u otra barrera de acceso, sea imprescindible e irremplazable y haya sido prescripta por un profesional perteneciente a la red de prestadores de IPAM.

Que, asimismo, corresponde adoptar medidas con el objeto de que los beneficiarios obtengan una respuesta adecuada con eficiencia y celeridad (cfr: arts. 26 y 60 del Decreto N° 2259/72).

Que, por otra parte, cabe resaltar que este Directorio, debe administrar y organizar un sistema de cuidado de la salud para todos sus beneficiarios dentro del límite de los recursos que anualmente se fijan por ley dictada al efecto. En efecto, las ampliaciones de cobertura a resolver no pueden quedar desvinculadas de las concretas disponibilidades presupuestarias aprobadas por el acto legal correspondiente so pena de violentar los principios contenidos en la ley N° 7631, entre otras.

Que, por otro lado, existen otros trámites tendientes a obtener la cobertura de prestaciones y/o provisiones no incluidas expresamente en el Menú Prestacional aprobado por la normativa vigente cuyo rechazo deviene impostergable por las razones jurídicas y presupuestarias antes descriptas.

Que la Gerencia de Asuntos Legales ha tomado la intervención que le compete.

Que el presente acto se emite de conformidad con lo estipulado por el artículo 24 de la [Ley](#)

Por todo ello, el Directorio del Instituto Provincial de Atención Médica, resuelve:

Artículo 1º - Establécese el Procedimiento de Tramitación de Peticiones de Ampliación de Cobertura de Prestaciones y/o Provisiones, las cuales deberán reunir el cumplimiento de cada uno de los siguientes requisitos:

- a) la verificación de la situación socio-económica del grupo familiar -medida por procedimientos técnicos-
- b) la prestación y/o provisión cuya ampliación de cobertura se solicita debe estar incluida en el Menú Prestacional aprobado por la normativa general vigente con un coseguro u otra barrera de acceso
- c) la prestación y/o provisión debe ser imprescindible e irremplazable
- d) la prestación y/o provisión debe haber sido prescrita por un profesional perteneciente a la red de prestadores de IPAM.

Los trámites que no reúnan todos los requisitos expuestos precedentemente, serán denegados por la Gerencia competente mediante notificación fehaciente de la presente resolución.

Art. 2º - Déjase establecido que las ampliaciones de cobertura que se otorguen bajo el amparo del presente régimen no implicarán un derecho adquirido a obtener ulteriores ampliaciones que no cumplan todos y cada uno de los requisitos enunciados en el artículo anterior.

Art. 3º - Ordénase que los trámites que ingresen a partir del día de la fecha con el objeto de solicitar el reconocimiento de prestaciones y/o provisiones que no estén expresamente incluidas en el Menú Prestacional vigente serán denegados por la Gerencia competente mediante notificación fehaciente de la presente resolución.

Asimismo, y según el caso, la Gerencia interviniente deberá adoptar las medidas tendientes a que la cobertura fijada por la normativa general vigente sea cumplida de inmediato por los prestadores y/o efectores contratados a tal efecto por IPAM.

Art. 4º - Dispónese que mesa de entradas y salidas es la única dependencia habilitada para recibir todas las peticiones y/o documentación dirigida a IPAM, la cual deberá controlar -en los casos que corresponda- la estricta observancia de lo dispuesto por la Ley 5350 (texto según Ley 6658).

Art. 5º - Derógase todo acto que se oponga a lo dispuesto por la presente resolución. Cualquier duda interpretativa que se suscite será resuelta a favor de la vigencia de la presente medida.

Art. 6º - Comuníquese, etc.

Rodríguez; Peracca; Bubini.