

LA PLATA,

**VISTO** el expediente N° 2914-24759/08, iniciado por la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria, caratulado: “ELEVA PROPUESTA PARA LA MODIFICACIÓN DEL REGIMEN DE DERIVACIONES INSTITUIDO POR LA RESOLUCION N° 731/02 REF. NORMATIZACION ATENCION MEDICA DE AFILIADOS DE LA PCIA. DE BS. AS. EN SERVICIOS PRESTADORES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES”, y

**CONSIDERANDO:**

Que tratan las presentes actuaciones de la propuesta presentada por la Dirección General de Prestaciones con la finalidad de rever la Resolución N° 4156/08 por la que se derogó su similar N° 731/02 y aprobó la normativa para la atención médica de afiliados de la Provincia de Buenos Aires en servicios prestadores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires;

Que la Dirección propiciante, observa que a partir de la puesta en marcha de la Resolución N° 4156/08, se ha ocasionado un cúmulo de trabajo como consecuencia de las tramitaciones de autorizaciones para la derivación, tanto originariamente como la continuidad del tratamiento, en virtud del circuito previsto al efecto por la normativa citada, generando asimismo la centralización de dichos trámites demoras en el otorgamiento de la autorización;

Que a consecuencia de ello, la propuesta efectuada tiene por fundamento la necesidad de implementar un sistema de derivaciones on line, que permita mayor agilización del procedimiento y un control más eficiente de las prácticas que se realicen bajo esta modalidad;

Que a fojas 45 a 51, la Dirección General de Prestaciones agrega proyecto de anexos, conteniendo la nueva normativa para la atención médica de afiliados de la Provincia de Buenos Aires en servicios prestadores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires;

Que a fojas 55 y 55 vuelta, la Dirección de Relaciones Jurídicas no encuentra objeciones que formular al progreso de la gestión en trámite, destacando que los aspectos técnicos involucrados en la misma, recaen bajo la exclusiva responsabilidad del

funcionario que la propicia, por lo que puede someterse la misma a tratamiento del Honorable Directorio quien, de compartir el criterio expuesto, puede resolver en el sentido de derogar la Resolución N° 4156/08 y aprobar la nueva normativa para la atención médica de afiliados de la Provincia de Buenos Aires en servicios prestadores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la cual obra agregada a fojas 45 a 51 a modo de anexos, los que integrarán el nuevo acto administrativo a dictarse;

Que a fojas 56, la Dirección General de Administración toma intervención de su competencia, considerando que la implementación de la propuesta efectuada no incidirá a priori en un aumento en el gasto afrontado en la actualidad;

Que el Honorable Directorio del IOMA, en su reunión de fecha 29 de julio de 2009, según consta en Acta N° 30, RESOLVIO: Derogar la Resolución N° 4156/08, y aprobar la nueva normativa para la atención médica de afiliados de la Provincia de Buenos Aires en servicios prestadores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que como Anexo 1 a 4 formarán parte del acto administrativo a dictarse;

Que la presente medida se dicta en uso de las atribuciones conferidas por la Ley N° 6982 T.O. 1987.

Por ello,

**EL HONORABLE DIRECTORIO DEL INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL DE  
LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
R E S U E L V E**

**ARTICULO 1º.** Derogar la Resolución N° 4156/08, por las consideraciones de la presente.

**ARTICULO 2º.** Aprobar la normativa para la atención médica de afiliados de la Provincia de Buenos Aires en servicios prestadores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que como Anexo 1 a 4 forma parte de la presente. Ello, de conformidad con los considerandos que anteceden.

**ARTICULO 3º.** Registrar. Comunicar a la Dirección General de Prestaciones, a la Dirección General de Regionalización y por su intermedio a las Direcciones Regionales y Dirección

General de Administración. Pasar a conocimiento de las restantes Direcciones intervinientes del Instituto. Publicar, dar al Boletín Oficial y al SINBA. Cumplido, archivar.

**RESOLUCIÓN N°**

## Anexo 1

### **NORMAS GENERALES PARA LA AUTORIZACIÓN DE DERIVACIONES PROGRAMADAS DE LOS DISTINTOS NIVELES DE ATENCIÓN MÉDICA** **( Primero, Segundo y Tercer Nivel)**

Se autorizarán derivaciones programadas en los siguientes casos:

- 1) Cuando no existiere en la red de prestadores del IOMA, correspondiente a la zona del domicilio del afiliado, la complejidad necesaria para el tratamiento que requiere el mismo.
  
- 2) Continuidad de tratamiento:
  - ❖ Se entiende por continuidad de tratamiento aquellos procedimientos, diagnósticos y/o terapéuticos que estén relacionados directamente con la patología inicial que motivo la derivación debidamente autorizada por el IOMA.
  - ❖ Una vez resuelta la patología inicial que motivo dicha derivación los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos posteriores no implican continuidad de tratamiento, salvo aquellos que excedan la complejidad existente en la red prestadores de la zona.
  - ❖ La realización de interconsulta/consulta médica como así también la realización de estudios diagnósticos no implica continuidad de tratamiento si el mismo tiene resolución en prestadores de la zona.
  
- 3) Cuando el IOMA por particulares circunstancias prestacionales considere conveniente la autorización de la derivación requerida.

**CIRCUITO PARA LA AUTORIZACIÓN DE DERIVACIONES PROGRAMADAS**

**1) Circuito administrativo para las derivaciones programadas del Segundo y tercer Nivel de atención medica:**

- 1.1- La Región y/o Delegación que corresponda del IOMA, deberá completar la totalidad de los campos contenidos en el sistema de derivaciones on line como se observa en los adjuntos de la presente resolución.
- 1.2- Toda aquella derivación que se encuadre dentro de la continuidad de tratamiento o se derive a un paciente trasplantado por patología diferente a su trasplante que implique practicas de alta complejidad se delega la responsabilidad de decisión en el Director de la Region correspondiente.
- 1.3- Todo ingreso de primera vez será auditado en la Dirección de Auditoria y Fiscalización Medica de Establecimientos Asistenciales del IOMA – Sede Central-, a fin de que esta proceda a considerar la derivación solicitada.
- 1.4- La Dirección de Auditoria interviniente, devuelve la Planilla de Derivación a la Región y/o Delegación remitente, suscripta (digitalmente) por el auditor interviniente y su titular, autorizando la derivación o denegándola justificadamente.
- 1.5- Una vez recibida la Planilla de Derivación por la Región y/o Delegación, esta deberá entregar la autorización al afiliado, la que debe ser suscripta en original por el Director de la Región juntamente con la correspondiente orden y bono de internación.
- 1.6- La Dirección de Auditoria y Fiscalización Medica de Establecimientos Asistenciales del IOMA – Sede Central- realizara un reporte trimestral de derivaciones (autorizadas y denegadas).

## **2-Circuito Administrativo para las derivaciones programadas del Primer Nivel de atención Médica:**

2.1- Las consultas medicas serán autorizadas por los Círculos Médicos o Federaciones correspondientes emitiendo el Bono con la leyenda (“Autorización de derivación a prestadores de Ciudad Autónoma de Buenos Aires”) En caso de que las prestaciones fueran capitadas, las facturaciones abonadas por la Obra Social con motivo de las prestaciones realizadas por los efectores de Ciudad de Buenos Aires, serán debitadas de la capita correspondiente, a los valores establecidos en los convenios vigentes con las Entidades del primer nivel de la Provincia de Buenos Aires.

2.2- Toda derivación de baja complejidad que implique autorización del IOMA estará delegada en el Director de la Región correspondiente quien decidirá la autorización de la misma

2.3- La Dirección de Auditoria y Fiscalización Medico Ambulatorio del IOMA - Sede Central- realizara un reporte trimestral de derivaciones (autorizadas y denegadas)

