



*Corte Suprema de Justicia de la Nación*  
*Obra Social del Poder Judicial de la Nación*

Buenos Aires, ~~14~~ de abril de 2023.

**RESOLUCIÓN OS N° 16 /2023**

**EXPTE. BL N°3317**

**VISTO**

El Expte. Blanco N° 3317 en el cual se analizan cambios en los trámites de autorización de cirugías bariátricas, tratamientos oftalmológicos con medicación antiangiogénica con cobertura del 100% (Bevacizumab, Aflibercept y corticoides) y procedimientos de reproducción medicamente asistidos; y

**CONSIDERANDO**

Que dentro de las prestaciones que brinda la Obra Social a sus afiliados y beneficiarios, existen prácticas cuya autorización no tramita en el expte. del afiliado/a ni requiere la emisión de un acto dispositivo y/o resolutivo, y otras que por encontrarse convenidas con profesionales o instituciones de la cartilla de prestadores y/o por su costo son autorizadas sin mayores formalidades por Auditoria médica previo análisis de la solicitud de cobertura.

Que actualmente, dentro del primer grupo se hallan las cirugías bariátricas, tratamientos oftalmológicos con medicación antigénica con cobertura del 100% y procedimientos de reproducción medicamente asistidos.

Que se trata de una propuesta efectuada por la Subdirección Médica, y las áreas de Auditoría Médica y Mesa de Entradas de la Obra Social en conjunto, en la cual, plantean que la autorización de la prácticas indicadas en el párrafo precedente se encuentran convenidas con diversos prestadores, por lo que a fin de agilizar su tratamiento, podrían comenzar a autorizarse por fuera del expte. de los afiliados/as y con el solo análisis y firma de la Auditoría Médica; es decir, sin la necesidad de la emisión de una Disposición o Resolución.

Que el art. 23 inciso 12 del estatuto de la Obra Social, aprobado por el Máximo Tribunal mediante la Acordada 01/2022 y modificado por la Acordada 28/2022 establece que entre las atribuciones del Directorio se encuentra la de *“Reglamentar la autorización de las prestaciones médico-asistenciales y otras, estableciendo niveles y/o identificando aquellas que por su complejidad o costo requerirán expresa autorización de la Subdirección Médica y/o Administrador General. A tal fin, se instrumentarán mecanismos ágiles y sencillos que aseguren una respuesta inmediata y completa al afiliado”*.



**POR ELLO,**

**EL DIRECTORIO DE LA OBRA SOCIAL DEL PODER JUDICIAL DE LA NACIÓN,**

**RESUELVE:**

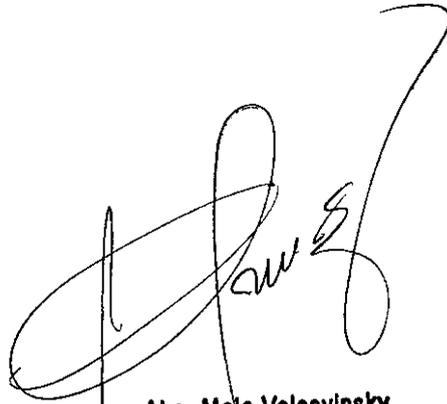
**Art. 1º:** Disponer que a partir del dictado de presente, las cirugías bariátricas, tratamientos oftalmológicos con medicación antigénica con cobertura del 100% (Bevacizumab -Lumiere-, Aflibercept -Eyllia- y corticoides) y procedimientos de reproducción medicamente asistidos, se autorizaran mediante el procedimiento detallado en el ANEXO I de la presente.

**Art. 2º:** Regístrese, notifíquese a todas las áreas de la Obra Social así como a todas las representaciones del país, póngase en conocimiento de los señores afiliados mediante su publicación en la página web de la Obra Social -www.ospjn.gov.ar-.

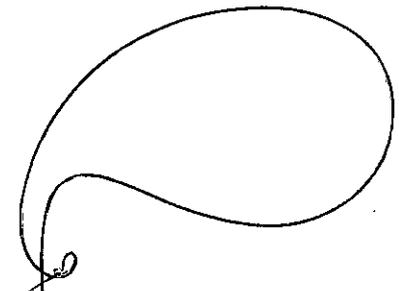
**Art. 3º:** Cumplido, archívese.



Dra. CORA BORENSZTEJN  
VICEPRESIDENTE DEL DIRECTORIO  
OBRA SOCIAL DEL PODER  
JUDICIAL DE LA NACIÓN



Abg. Maja Volcovinsky  
Directora  
Obra Social del Poder Judicial de la Nación



Dr. MARIANO ALTHABE  
PRESIDENTE DEL DIRECTORIO  
OBRA SOCIAL PODER JUDICIAL DE LA NACION



Dr. Juan B. Rodríguez del Sel  
Director  
Obra Social del Poder Judicial de la Nación





*Corte Suprema de Justicia de la Nación*  
*Obra Social del Poder Judicial de la Nación*

ANEXO I

**A.-** Las solicitudes de autorización de tratamientos quirúrgicos por desordenes alimenticios (cirugías bariátricas), tratamientos oftalmológicos con medicación antiangiogénica con cobertura del 100% (Bevacizumab, Aflibercept y corticoides) y procedimientos de reproducción medicamente asistidos, serán requeridas por los afiliados y afiliadas vía mail.

1) Los afiliados/as que residan en la CABA deberán dirigir su solicitud por mail a la casilla [autorizaciones@ospjn.gov.ar](mailto:autorizaciones@ospjn.gov.ar).

2) Los afiliados/as cuyo lugar de residencia no fuera CABA deberán enviar la solicitud a la casilla de su representación zonal. Para consultar la dirección de mail que corresponda dirigirse a la página web <https://www.ospjn.gov.ar/interior/representantes.html>.

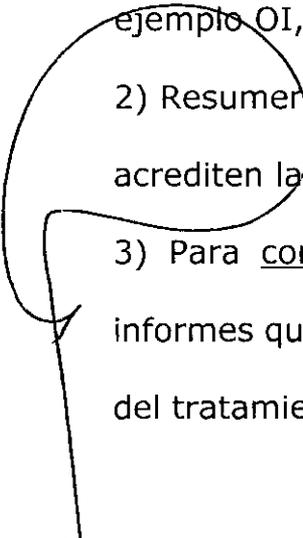
**B.- CONFECCIÓN DEL MAIL:** En el Tema del mail, deberá consignarse y el N° de afiliado/a cuya autorización se solicita.

Asimismo resultaría recomendable que en el cuerpo del mail se consigne un número de teléfono de contacto.

**B.1-** En el caso de las CIRUGIAS BARIATRICAS la documentación que deberá adjuntarse al mail es la que se detalla a continuación:

- 1) Indicación médica de la cirugía emitida por un profesional que no integre el equipo que realizará la cirugía bariátrica (Médico clínico de cabecera, nutricionista o diabetólogo/a, etc).
- 2) Resumen de historia clínica que indique claramente el índice de masa corporal actual (IMC), edad y comorbilidades si las hubiera.
- 3) Estudios prequirúrgicos completos.
- 4) Evaluación psicológica.

**B.2-** En el caso de los TRATAMIENTOS OFTALMOLOGICOS CON MEDICACIÓN ANTIANGIOGENICA CON COBERTURA DEL 100%, la documentación que deberá adjuntarse al mail es la que se detalla a continuación:

- 1) Pedido médico que indique el diagnóstico y el o los ojos a tratar (por ejemplo OI, OD o AO).
  - 2) Resumen de historia clínica y presentación de estudios médicos que acrediten la patología (tomografía de coherencia óptica (OCT)).
  - 3) Para continuidad de tratamiento deberá presentarse estudios e informes que evidencien la evolución/respuesta; es decir la efectividad del tratamiento.
- 

**B.3-** En el caso de los PROCEDIMIENTOS DE REPRODUCCIÓN MEDICAMENTE ASISTIDOS, la documentación que deberá adjuntarse en el mail es la que se detalla a continuación:

- 1) Solicitud de nota del afiliado/a titular de la autorización del tratamiento.
- 2) Pedido médico que detalle el procedimiento a realizar, fecha estimada de su realización y número de tratamiento.
- 3) DNI de la pareja del/de la afiliado/a.
- 4) Consignar cobertura médica que posea la pareja del/de la titular, distinta de la Obra Social del Poder Judicial.
- 5) Copia de todos los estudios médicos de la pareja, o de la persona que desea realizarse el tratamiento en el caso de tratamiento monoparental.
- 6) Resumen de historia clínica completa detallando diagnóstico y tratamiento realizados.

**Condición Obligatoria: En la misma si los hubiese, consignar el resultado del tratamiento anterior.**

- 7) Recetas de la medicación necesaria para la realización del mismo.
- 8) El pedido médico para autorización de transferencia embrionaria, debe indicar cantidad de embriones crio preservados. Adjuntar protocolo del ICSI de donde provienen los embriones.
- 9) En caso de tratarse de un procedimiento subsiguiente, deberá adjuntarse copia del protocolo del procedimiento anterior.

10) La solicitud de cobertura de crio preservación de óvulos y espermatozoides, debe ser acompañada del informe médico que justifique el pedido de acuerdo a la legislación vigente.

**C.-** Recepcionado el mail conteniendo la solicitud de autorización; ya sea en la casilla de Autorizaciones o de la representación que corresponda; el mismo deberá ser girado en un plazo no mayor a las 24 horas hábiles a la casilla de mail de Auditoría Médica [auditoriamedica@ospjn.gov.ar](mailto:auditoriamedica@ospjn.gov.ar).

El/la auditor/a médico/a al cual se le asigne el caso debe evaluar y resolver la solicitud de autorización requerida en un plazo no mayor a las 96 horas hábiles.

En caso que el mail enviado careciera de alguno de los requisitos documentales exigidos precedentemente, o bien, fuera necesaria alguna aclaración y/o documentación adicional, será requerida directamente por el médico/a auditor/a a cargo del caso.

**D.-** Las solicitudes de autorización de CIRUGIAS BARIATRICAS serán analizadas por la Auditoria Médica conforme la ley 26396 y la Resolución N° 1420/2022 del Ministerio de Salud de la Nación – o la normativa que la reemplace en el futuro- en su parte pertinente.

**E.-** Las solicitudes de autorización de tratamientos oftalmológicos con medicación antiangiogénica con cobertura del 100%, serán evaluadas

por la Auditoría Médica con arreglo a las prescripciones del Anexo XIV de la Resolución OSPD N° 549/2022 –o la normativa vigente en su parte pertinente.

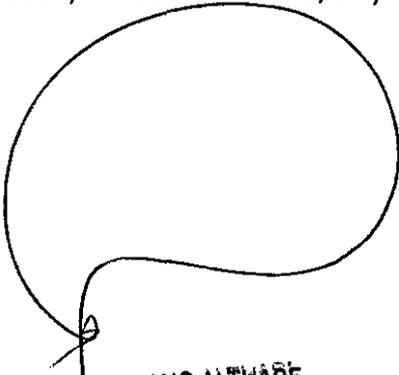
**F.-** Las solicitudes de autorización de los procedimientos de REPRODUCCIÓN MEDICAMENTE ASISTIDOS serán analizados por Auditoría Médica de conformidad con la ley 26.862, el Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 956/13 y demás normativa reglamentaria.

**J.-** La decisión –por la afirmativa o negativa- de la Auditoría Médica será informada vía mail al área de Autorización –en el caso de los afiliados/as con residencia en CABA- o de la representación que corresponda –en el caso de los afiliados/as que no residen en CABA-

**H.-** Si Auditoría Médica aprueba la prestación, el área de Autorizaciones o la Representación según corresponda, emitirá la orden de autorización de la práctica y enviará la misma –por la autorización- vía mail al/a la afiliado/a.

**I.-** Si la Auditoría Médica desaprueba la solicitud, el área de Autorizaciones o la Representación según corresponda, notificará al afiliado/a de la misma.

**J.-** En el caso puntual de los TRATAMIENTOS OFTALMOLÓGICOS CON MEDICACIÓN ANTIANGIOGÉNICA CON COBERTURA DEL 100%, en el mail que Auditoría Médica envíe al área de Autorizaciones o a la representación de que se trate informando acerca de la autorización, deberá copiar a Farmacia Social, a fin que esta se encargue de la provisión de los fármacos. En el mail se deberá consignar apellido, nombre y número de afiliado/a, fecha de receta, medicamento/s y porcentaje de cobertura.



Dr. MARIANO ALTHABE  
PRESIDENTE DEL DIRECTORIO  
OBRA SOCIAL PODER JUDICIAL DE LA NACION