



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

Buenos Aires, 29 de septiembre de 2023.

Resolución OS N° 187 /2023

VISTO

El Expte. Blanco N° 3.327 sobre cobertura de Celiaquía - Harinas y premezclas libres de gluten-; y

CONSIDERANDO

Que por imperativo del art. 9° de la ley 26.588, la Obra Social del Poder Judicial de la Nación debe brindar cobertura asistencial a las personas con celiaquía, la cual incluye las harinas, premezclas u otros alimentos industrializados que requieran ser certificados en su condición de libres de gluten.

Que mediante la Resolución OSDG N° 1367/2010 la Obra Social estipuló que dicha cobertura se efectiviza por el sistema de reintegro de gastos, para lo cual, la/el afiliada/o titular debería presentar los comprobantes de compra respectivos.

Que, asimismo, y en relación a la prestación dineraria en cuestión, a partir de la resolución precedentemente citada se estableció una suma fija como el monto reconocido por la OSPJN.

Que, cabe destacar, mediante la Resolución OS N° 13/2023 se previó que la actualización del monto a reintegrar por la Obra Social

se efectúa de acuerdo a las acordadas que dicta la Corte Suprema de Justicia de la Nación estableciendo incrementos remunerativos y bonificables para todas las categorías del Poder Judicial de la Nación.

Que en consonancia el último incremento salarial dispuesto por el Alto Tribunal a través de la Acordada N° 27/2023, desde el mes de julio de 2023, el reintegro mensual que efectúa la OSPJN asciende a pesos diez mil setecientos sesenta y ocho (\$10.768).

Que resulta destacable que el Decreto N° 218/2023 reglamentario de dicha ley ha establecido recientemente que la cobertura a través de una prestación dineraria mensual debe ser equivalente al VEINTISIETE COMA CINCO POR CIENTO (27,5 %) del valor de los productos de la Canasta Básica Alimentaria (CBA) que publica el INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INDEC) para una persona adulta de entre TREINTA (30) y SESENTA (60) años.

Que, a la fecha, la cobertura estipulada en el Decreto referido en el considerando precedente asciende a pesos ONCE MIL SEISCIENTOS VEINTIDOS CON CINCO CENTAVOS (\$11.622,05).

Que, de conformidad con lo previsto por el Decreto N° 218/2023, corresponde establecer que en lo sucesivo la cobertura se efectúe a través de una prestación dineraria mensual equivalente al VEINTISIETE COMA CINCO POR CIENTO (27,5 %) del valor de los productos de la Canasta Básica Alimentaria (CBA) que publica el INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INDEC) para una persona adulta de entre TREINTA (30) y SESENTA (60) años.

Que, en cuanto a la modalidad de cobertura, actualmente, los afiliados celíacos deben efectuar una presentación mensual de tickets y facturas que justifiquen el reintegro y se inicia un procedimiento administrativo en el que intervienen varios sectores de la Obra Social.

Que, en razón de la normativa reglamentaria de la cobertura mencionada, y transcurridos más de trece años desde el establecimiento del sistema de reintegro por celiaquía en la OSPJN y con nueva normativa nacional vigente, este Directorio estima

pertinente efectuar una nueva reglamentación de dicha cobertura, que garantice un procedimiento ágil y simplificado del procedimiento administrativo necesario para acceder a la misma.

Que, en función de las razones expuestas precedentemente, se considera pertinente modificar la modalidad de cobertura del beneficio previsto en el art. 9° de la ley 26.588, reemplazando al sistema de reintegro contra presentación de facturas por una contribución dineraria mensual por celiaquía.

Que para acceder al mentado subsidio, la/el afiliada/o deberá empadronarse, completando y enviando a la casilla de mail OSPJN-CELIAQUIA@ospjn.gov.ar, el formulario denominado "PRESTACIÓN DINERARIA MENSUAL POR CELIAQUIA", que forma parte de la presente como ANEXO I, junto con los análisis de sangre y estudios correspondientes que permitan tener por acreditado el padecimiento de la patología en cuestión.

Que, asimismo, resulta necesario que la/el afiliada/o o la/el afiliada/o titular de quien dependa su afiliación, tenga registrada, o en su defecto, registre ante la Obra Social, una cuenta bancaria en la cual se acreditará el subsidio el día 20 de cada mes, o el primer día hábil posterior en caso de ser inhábil.

Que, a tales efectos, se deberá completar y enviar el formulario respectivo a la casilla OSPJN-CBU@ospjn.gov.ar.

Que a fin de establecer un tiempo prudencial durante el cual la Obra Social pueda adaptar sus sistemas y circuitos, y las/los afiliadas/os tomen conocimiento del cambio decidido, se estima pertinente disponer que el reemplazo del reintegro por el subsidio se efectivice a partir del próximo mes de noviembre de 2023.

Que el Presidente del Directorio, Dr. Mariano Althabe, no firma por estar en uso de licencia.

POR ELLO,



Conforme las facultades otorgadas por el artículo 23 incisos 11 y 12 del estatuto social, aprobado por la Acordada 01/2022 y 28/22 de la CSJN,

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

RESUELVE:

Art. 1°: Disponer que la cobertura asistencial a las personas con celiaquía por harinas, premezclas u otros alimentos industrializados libres de gluten, contemplada en el art. 9 de la ley 26.588, y reglamentada por el Decreto N° 218/2023, será brindada a partir del mes de noviembre de 2023, bajo la modalidad de una contribución dineraria mensual por celiaquía, que será acreditado en la cuenta bancaria denunciada ante la Obra Social el día 20 de cada mes, o en su defecto, el primer día hábil posterior en caso de ser inhábil.

Art. 2°: Establecer que el monto de la prestación dineraria será equivalente al VEINTISIETE COMA CINCO POR CIENTO (27,5 %) del valor de los productos de la Canasta Básica Alimentaria (CBA) que publica el INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INDEC) para una persona adulta de entre TREINTA (30) y SESENTA (60) años, de conformidad con lo previsto por el Decreto N° 218/2023.

Art. 3°: Aprobar el formulario denominado "PRESTACIÓN DINERARIA MENSUAL POR CELIAQUÍA", que forma parte de la presente como ANEXO I.

Art. 4°: Comunicar a las/los afiliadas/os que a efectos de acceder a la cobertura establecida en el artículo 1° de la presente, deberán:

- 1) Empadronarse, completando y enviando a la casilla de mail OSPJN-CELIAQUIA@ospjn.gov.ar, el formulario contenido en el

ANEXO I, junto con los análisis de sangre y estudios correspondientes que permitan tener por acreditado el padecimiento de la patología en cuestión.

- 2) Tener registrado, o en su defecto registrar, una cuenta bancaria en la cual se acreditará el monto del subsidio, completando y enviando el formulario respectivo a la casilla OSPJN-CBU@ospjn.gov.ar.

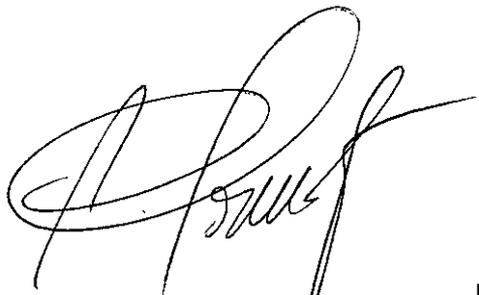
Art. 5°: Derogar toda norma que contenga previsiones diferentes en cuanto a celiacía a la presente.

Art. 6°: Regístrese, notifíquese al Administrador General, a las Subdirecciones, a todas las áreas de la Obra Social, así como a todas las representaciones del país, y póngase en conocimiento de las/los afiliadas/os mediante su difusión en los diferentes canales de comunicación oficiales de la Obra Social.

Art. 7°: Cumplido, archívese.



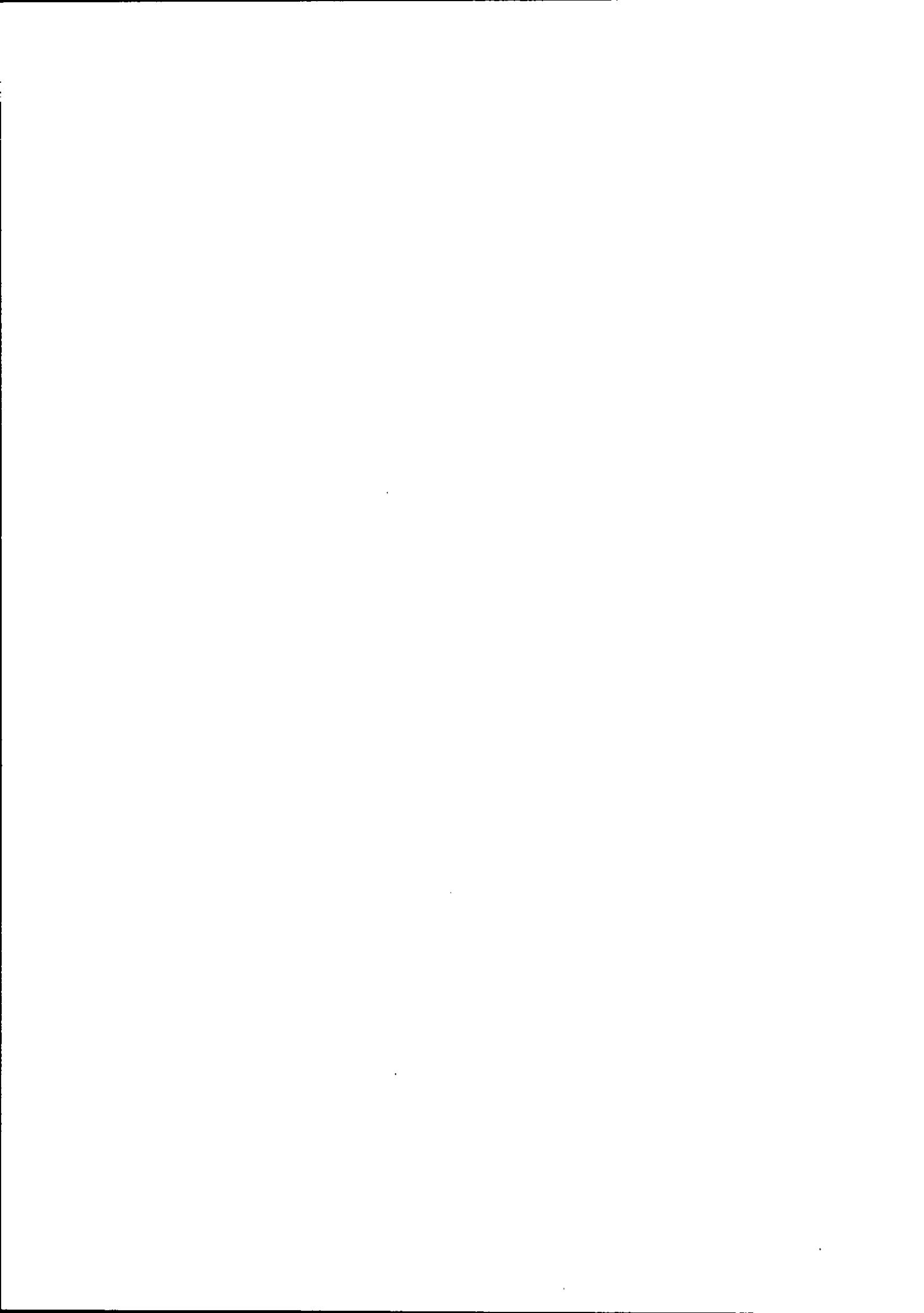
Dra. CORA BORENSZTEIN
VICEPRESIDENTA DEL DIRECTORIO
OBRA SOCIAL DEL PODER
JUDICIAL DE LA NACIÓN



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



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



OSPJN

OBRA SOCIAL DEL PODER JUDICIAL DE LA NACIÓN

PRESTACIÓN DINERARIA PARA TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD CELÍACA

DATOS DEL AFILIADA / O:

Nombre y Apellido: _____

Documento (tipo y nº): _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Nº Afiliada/o: _____

DATOS DEL AFILIADA / O TITULAR:

Nombre y Apellido: _____

Nº Afiliada/o: _____ Tel/Cel/Contacto: _____

E-Mail: _____

DOCUMENTACIÓN PRESENTADA:

Bs.As, _____ de _____ de 20 _____

Firma del / la Solicitante

CONSTANCIA MEDICA DE ENFERMEDAD CELIACA

INFORMACIÓN REQUERIDA PARA EL DIAGNÓSTICO

Tiene Enfermedad Celiaca diagnosticada en el año: _____

SEROLOGÍA

SEROLOGÍA AL DIAGNÓSTICO	RESULTADO	
Anticuerpo Antigliadina IgA		(Indique el valor obtenido)
Anticuerpo Antigliadina IgG		(Indique el valor obtenido)
Anticuerpos Antiendomisio IgA		(Indique + / -)
Anticuerpos Antiendomisio IgG		(Indique + / -)
Anticuerpos Transglutaminasa IgA		(Indique el valor obtenido)
Anticuerpos Transglutaminasa IgG		(Indique el valor obtenido)
Informe de la Endoscopia		
Informe de Anatomía Patológica		

AREA PRESTACIONES Y SALUD

Informe de Auditoria Médica: _____

Firma y Sello responsable