

DECRETO N° 3402

Ministerio de Salud Pública

Expte. N° 74-21.961/07

VISTO la Ley N° 7.127/01 de creación del “Instituto Provincial de Salud de Salta”; y

CONSIDERANDO:

Que las atribuciones y deberes constitucionales conferidas al Gobernador de la Provincia en el Artículo 144 inciso 3ro. de la Constitución Provincial, que otorga la potestad reglamentaria;

Que en el ejercicio de sus funciones gubernativas, tendientes a la formulación y dirección de las “Políticas de Salud de la Provincia”, se considera necesario e impostergable la reglamentación de la Ley N° 7.127 sancionada en fecha 26/01/01, y prevista en su artículo 38 de dicho cuerpo legal;

Que el Instituto Provincial de Salud de Salta es una Obra Social constituida como una organización de la “seguridad social”, cuyo objeto fundamental es destinar los recursos de los afiliados y beneficiarios, a la construcción de un sistema que permita atender las contingencias médico asistenciales y sociales a través de prestaciones de salud equitativamente integrales, solidarias, financiera y técnicamente eficientes y razonablemente equilibradas, que contribuyan a la preservación de la salud física y psíquica de sus afiliados, sin perjuicio de ampliarlo a otros sectores sociales, con las limitaciones que impongan las posibilidades técnico - financieras y las reglamentaciones y resoluciones que se dicten, debiendo dicho sistema ser justo, solidario y equitativo para todos sus afiliados sin privilegios particulares;

Que lo que se pretendía originariamente con la creación de esta institución mediante Ley N° 1.243 de fecha 06 de Octubre de 1.950, y posterior Decreto N° 4.753 de fecha 29 de Noviembre de 1.950, fue ampliar los beneficios a todos los obreros de la Administración Pública, y con ello la Provincia brindaría amparo médico-social y asistencial para sus empleados y obreros;

Que siguiendo el espíritu del origen de esta entidad, plasmado y adecuado en la Ley N° 7.127, se debe tener presente como principio y lema fundamental, que el I.P.S. les pertenece a los obreros y trabajadores aportantes a esta Obra Social, no pudiendo el Estado Provincial, ni los directivos del I.P.S., disponer de dichos recursos de manera arbitraria e irresponsable;

Que el patrimonio del I.P.S. se encuentra conformado esencialmente y fundamentalmente por el aporte de sus afiliados y la contribución patronal del Estado Provincial, lo que le permite darse su propia organización y dirección, aunque sujeta a contralor estatal, debiendo quienes tienen a su cargo la administración y dirección de la entidad, actuar de conformidad con las normas de administración contable financiera y presupuestarias pertinentes, y respetar y hacer respetar el fiel cumplimiento de toda normativa que resguarde dicho patrimonio, tales como la Ley de Presupuesto General de la Provincia, Ley de Disciplina Fiscal y Ley de Sistema de Contrataciones de la Provincia;

Que las relaciones con sus afiliados y beneficiarios, se rigen por normas de carácter provincial, dictadas por los órganos con competencia para reglar dicha materia, salvo adhesión por una Ley local a determinado Régimen Jurídico de naturaleza federal o interprovincial, y por las disposiciones que para su mejor organización y funcionamiento establezcan sus autoridades;

Que la vasta experiencia y el aporte permanente de profesionales, técnicos y

administrativos de la entidad ha permitido formular un plan definido de trabajo que derivó en el logro de la descentralización y agilización en el sistema operativo, mediante la firma de acuerdos y/o convenios de colaboración con la Cámara de Propietarios de Farmacias de Salta, el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Salta, Federación Argentina de Cámaras de Farmacias, y Cámara Empresarial de Ópticas de Salta, e instituciones intermedias (sindicatos, gremios etc.), consistente en la prestación de servicios y suministros de medicamentos, de cristales, lentes y armazones en sus distintas variedades, a los afiliados forzosos y voluntarios, en las farmacias propias del I.P.S., y privadas o gremiales que prestaron su adhesión, con un importante descuento, sobre precio Manual Farmacéutico o Agenda Farmacéutica Kairos, y el vademécum de Ópticas, permitiendo con ello que dichos servicios y atención se encuentren cercanos a los domicilios de los afiliados, quienes además pueden ejercer su derecho a elegir libremente el lugar de adquisición de los mencionados productos.

Que la presente reglamentación se funda en la necesidad de proceder rápidamente a la implementación de un programa de transformación que sirva de base al establecimiento de un “modelo prestacional general”, que haga más previsible, eficiente y controlable la inversión de las importantes cantidades de fondos que se destinan para el cumplimiento del objeto del I.P.S., que garantice la sustentabilidad de sus prestaciones y que contemple los principios de integralidad, equidad, igualdad, eficiencia, universalidad y solidaridad;

Que el Instituto Provincial de la Salud de Salta tiene como finalidad proveer un servicio social de interés público, con eficiencia en la aplicación de los recursos que dicha entidad administra, la que podrá realizarse a través de los recursos propios o con la colaboración de terceros, prestadores, cuyo vínculo de sujeción es de naturaleza reglamentaria y de derecho público. Los convenios o acuerdos suscriptos en estos términos constituyen el vínculo necesario para la realización del interés público comprometido en la Ley N° 7.127/01;

Que es importante tener presente que el I.P.S. no se encuentra sujeta al contralor del “Estado Nacional”, no integra “el Sistema del Seguro de Salud”, no revistiendo por ende la categoría de Agente del Seguro de Salud, no aportando a la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANNSAL), ni al fondo Solidario de Redistribución, establecidas en la Ley N° 23.660, 26.661, 24.754 y 24.455 y sus respectivos Decretos Reglamentarios, cuyas normativas no le son aplicables;

Que por su parte la adhesión a las normas citadas en el considerando anterior importa la delegación de potestades propias de la Provincia, en cabeza del gobierno federal, lo que constituye una materia indisponible para el reglamento, excediendo el marco normativo y constitucional vigente;

Que se proyectó el presente Reglamento, verificando la participación de los distintos Departamentos, Gerencias y Jefaturas del I.P.S., lo que se plasmó en los distintos informes, con aportes, requerimientos y necesidades de los distintos sectores de la obra social;

Por ello y en ejercicio de las facultades previstas en el Artículo 144 de la Constitución Provincial y el Artículo 1° de la Ley 7.190.

El Gobernador de la Provincia

DECRETA:

Artículo 1° - (Art. 1° Ley 7.127).

El Instituto Provincial de Salud de Salta (I.P.S.) es una Obra Social que se constituye y funciona por el aporte obligatorio de sus afiliados forzosos activos, pasivos y beneficiarios y la contribución patronal del Estado Provincial; y voluntario de sus afiliados adherentes;

ello habilita a esta entidad a darse su propia organización administrativa, económica, financiera y dirección, y ejercer potestad reglamentaria, aunque sujeta a contralor del Estado Provincial.

Como Obra Social Provincial, no se encuentra sujeta al contralor del "Estado Nacional", no integra "el Sistema Nacional del Seguro de Salud", no reviste la categoría de "Agente del Seguro de Salud", (ANSSAL), establecidos por las Leyes N° 23.660, 23.661, 24.754 y 24.455 y sus respectivos Decretos Reglamentarios.

Artículo 2º.- (Art. 2º Ley 7.127).- Del Objeto del I.P.S.

2.1.- Del Objeto del I.P.S.:

El servicio de salud que brinda el I.P.S. deberá garantizar la sustentabilidad de sus prestaciones, mediante un modelo prestacional que, sin menoscabar la calidad de sus servicios, permita acotar con razonabilidad sus egresos, en función de los recursos efectivamente disponibles, debiendo sus autoridades directivas respetar y hacer respetar los principios de integralidad, equidad, eficiencia, universalidad y solidaridad, y el fiel cumplimiento de toda normativa que resguarde dicho patrimonio, tales como la Ley de Presupuesto General de la Provincia y Ley de Disciplina Fiscal.

Los criterios para el otorgamiento de las prestaciones son: El mejor nivel de calidad disponible; sin discriminación y sobre la base de una justicia distributiva y solidaria siendo el servicio de salud que brinda el I.P.S. de interés público, y sujeto a las potestades públicas.

El objeto del I.P.S. se realizará mediante prestaciones de asistencia médica, odontológica, de laboratorio, ópticas y farmacéuticas, en la proporción, extensión y forma que se establezca por el Directorio o autoridades superiores equivalentes, y de acuerdo a las posibilidades económicas y financieras del I.P.S.

2.2.- Del sistema de Carencias en el servicio de salud que brinda el I.P.S.

Se denomina carencia al período durante el cual el afiliado o beneficiario carece de los servicios de salud que brinda el I.P.S., debiendo distinguirse según se trate de afiliados y beneficiarios forzosos, o afiliados correspondientes a otros regímenes existentes en el I.P.S., tales como afiliados del sector privado, y afiliados individuales.

2.2.a.- Afiliados y beneficiarios forzosos:

Comenzarán a gozar de los beneficios establecidos en la presente reglamentación, inmediatamente después de su afiliación, estableciéndose un período de carencia de tres meses para los servicios de asistencia sanatorial, operaciones, planes especiales, prácticas de alta complejidad y otras prestaciones que determinen las resoluciones internas del I.P.S..

2.2.b.- Afiliados adherentes y/o voluntarios:

Gozarán de los beneficios establecidos en la presente reglamentación, conforme el convenio y normativa interna vigente.

2.3.- De las prestaciones del servicio de salud fuera del lugar de origen o residencia:

2.3.a.- Aquel afiliado que voluntariamente requiera atención de su salud en otra localidad del territorio provincial distinta a la de origen o residencia, tendrá a su exclusivo cargo los gastos que demanden su traslado y estadía.

2.3.b.- El I.P.S. reconocerá en forma exclusiva los gastos de traslado y alojamiento a aquellos afiliados y beneficiarios que, por falta de especialistas y/o de capacidad instalada en su localidad de origen o residencia, cuenten con derivación por parte de la delegación correspondiente.

2.4.- Del régimen de excepción en las prestaciones y servicios a los afiliados:

El reconocimiento de prácticas profesionales no nombradas y/o de aquéllas a realizar por profesionales no prestadores del I.P.S. y/o derivaciones fuera de la Provincia y/o la cobertura de prestaciones profesionales o farmacéuticas en niveles o porcentajes superiores a los rangos universales para todos los afiliados de la entidad, constituyen un resorte de excepción que sólo será aplicable previa verificación del cumplimiento de las condiciones fácticas y jurídicas que se establecen en este instrumento, no existiendo la posibilidad de autoderivación o automedicación, debiendo las administrativas del I.P.S. adoptar y precisar un circuito perfectamente identificable que permita asignar a la actuación iniciada por el afiliado como prácticas excepcionales (p.e.).

Las peticiones formuladas y debidamente acreditadas mediante documentación respaldatoria fundada en evidencia científica, serán giradas dentro de las 24 horas a la Junta Médica quien evaluará, bajo el criterio de una sana crítica, el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y validación científica de los argumentos justificantes del caso. La Junta será formada por tres (3) profesionales de la institución y/o invitados quienes - con quórum suficiente - se pronunciarán sobre la procedencia de la autorización requerida.

La Sub-Gerencia de Prestaciones Médico Asistenciales, o la autoridad administrativa que en el futuro lo reemplace, emitirá el acto administrativo autorizando o denegando la petición. Esta autoridad administrativa sólo tendrá facultad para pronunciarse en el caso de reintegros de hasta el cincuenta (50%) por ciento, y el reconocimiento de cobertura hasta el cincuenta (50%) por ciento en medicamentos, pero, en ningún caso, la autorización podrá superar el importe mínimo establecido por la correspondiente resolución interna vigente.

Los pedidos hasta el ochenta (80%) por ciento y de un importe no superior al importe establecido por la correspondiente resolución interna vigente, deberá contar con diagnóstico socio-ambiental del solicitante y disponibilidad financiera de la institución, y sólo podrán ser resueltos por la Gerencia de Seguro Social. Aquellos pedidos que excedan el porcentaje y/o el importe establecido anteriormente, sólo podrán ser resueltos en conjunto por las autoridades a cargo del área prestacional y del área administrativa, financiera y contable. Para el caso de derivaciones fuera de la Provincia, el circuito seguido a partir del Departamento Derivaciones y previa Junta Médica, será resuelto por las Autoridad Superior a cargo del área de Administración, Financiera y Contable y del área prestacional en forma conjunta;

En el caso de derivaciones a centros no contratados y/o a centros privados, así como los trasplantes hepáticos, cardiovasculares, de médula ósea u otros órganos que no cuenten con reglamentación para su autorización, su aprobación será resorte exclusivo de las Autoridades Superiores a cargo del Área Prestacional y a cargo del Área de Administración en conjunto. Igual temperamento se seguirá en situaciones especiales no alcanzadas por las previsiones de los artículos anteriores.

En todos los casos de derivaciones, los turnos y los presupuestos de atención deberán ser coordinados y gestionados conjuntamente entre el Departamento Derivaciones y las Agencias del I.P.S. en Buenos Aires o Córdoba, las que articularán con los centros asistenciales para otros puntos del país. La autoridad pertinente deberá elevar semanalmente, a la autoridad superior del área prestacional, un resumen de lo actuado indicándose número de expedientes, número de instrumentos administrativos aprobatorios, nombre y apellido, número de documento y domicilio del afiliado; diagnóstico presuntivo y monto de la excepción otorgada. La omisión en el cumplimiento de cualquiera de los preceptos citados hará nulo el acto, haciendo responsable directo y personal al funcionario o agente que haya suscripto el mismo,

Art. 3º - (Art. 3º Ley 7.127).- Sin reglamentar.

Art. 4º - (Art. 4º Ley 7.127).- Libertad de Contratación del I.P.S.

4.1.1.- Del Sistema Prestacional:

El I.P.S. podrá celebrar libremente las contrataciones, los convenios y acuerdos que estime necesarios o convenientes respetando fielmente toda normativa que resguarde el patrimonio del Instituto Provincial de Salud de Salta, tales como la Ley de Presupuesto General de la Provincia, Ley de Disciplina Fiscal y Ley de Sistema de Contrataciones de la Provincia.

4.2.1.- Principios Generales:

Todos los médicos, odontólogos, psicólogos y demás profesionales, clínicas, laboratorios, centros médicos, sanatorios, hospitales de la Provincia, etc., legalmente habilitados para ejercer el arte de curar, farmacias y ópticas legalmente habilitados, podrán trabajar para el I.P.S. siempre que se sometan a los aranceles convenidos contractualmente en forma individual, o a través de las respectivas asociaciones y/o entidades profesionales más representativas y mayoritarias. En dichos convenios se establecerán las normas de trabajo, honorarios y aranceles, de acuerdo a la capacidad económica de cada grupo de afiliados. En materia de provisión de medicamentos y elementos ópticos, el I.P.S. deberá mantener un servicio de prestación que garantice la coexistencia de dos sistemas: una red privada de farmacias y ópticas y el sistema propio de la obra social en todo el ámbito de la Provincia.

4.3.1.- De los Prestadores:

Denomínase prestador a toda persona física o jurídica, pública o privada que, reuniendo los presupuestos fácticos y jurídicos habilitantes, integran el padrón pertinente.

Clases:

4.3.1.a.- Prestador Directo:

Denomínase así al efector público o privado que, reuniendo la capacidad técnica, económica y jurídica dispuesta por el I.P.S., suscribe un convenio específico con la entidad.

4.3.1.b.- Prestador Indirecto:

Conforma el carácter de prestador indirecto, la persona física o jurídica que integrando una organización intermedia, delega su representación íntegra en ésta, renunciando a integrar la calidad de prestador directo. Se encuentran comprendidos en esta tipología, Asociaciones, Colegios Profesionales, Círculos, los Centros de Atención de Alta Especialización, los Policonsultorios, Centros de Atención Médica de Especialidades de bajo nivel de riesgo, Cámara de Propietarios de Farmacias y Óptica.

4.3.1.c.- Red Prestacional:

Denomínase así al conjunto de efectores público privados que, cumpliendo las condiciones técnicas, económicas y jurídicas establecidas por el I.P.S., propone brindar servicios en los tres niveles de atención, bajo la administración de una sola persona. En este supuesto, el prestador deberá cubrir todos los niveles de atención con diversos especialistas de los que pueda portar el afiliado y/o beneficiario, administrando el convenio mediante recursos administrativos propios. El alcance será definido conforme la complejidad, la densidad poblacional, y la capacidad real de resolver las derivaciones propias. La red deberá contar como mínimo con un sesenta por ciento (60%) de efectores propios.

4.4.1.- Cobertura:

El alcance provincial deberá contener una cobertura mínima de cinco (5) departamentos del interior de la Provincia, contar con servicio de traslado y derivación propia, efectores referenciales en Capital de mayor complejidad. La atención al paciente deberá ser directa e inmediata de modo que siempre se encuentre asistido por la red.

4.5.I.- De la Relación Jurídica:

La relación jurídica entre las partes se conformará mediante la suscripción del convenio especial y se integrará con el compendio de normas regulatorias que el I.P.S. establezca en el futuro.

4.6.I.- De las Condiciones de operatividad:

Son condiciones de operatividad las siguientes, y su omisión ocasionará la nulidad de todo lo actuado:

4.6.I.a.- Previsión presupuestaria:

En ningún caso los convenios podrán suscribirse sin contar con la afectación preventiva del gasto, de conformidad con las normas de administración contable, financiera y presupuestaria pertinentes y la normativa de disciplina fiscal.

4.6.I.b.- Habilitación técnica:

Los prestadores deberán acreditar el cumplimiento de las normas de habilitación exigidas conforme a su nivel y complejidad prestacional.

4.6.I.c.- Responsabilidad:

Los prestadores presentarán los seguros de responsabilidad civil o mala praxis médica, según fuere el caso.

4.6.I.d.- Garantía de Cumplimiento:

En el caso que corresponda según la modalidad prestacional adoptada, el prestador deberá prestar caución al I.P.S.

4.6.I.e.- Sistema de Contralor:

El prestador deberá contar con un sistema de control de gestión prestacional, el que deberá interconectarse con los sistemas informáticos del I.P.S.

4.6.I.f.- Liquidación de contraprestación:

El prestador podrá, incluyéndose en el presente reglamento, solicitar la materialización de una cuenta corriente que le permita la transferencia automática de fondos a través del agente financiero del I.P.S., según los términos que se establezcan en cada convenio.

4.7.I.- De las modalidades Prestacionales:

Se establecen las siguientes modalidades de facturación:

4.7.I.a.- Facturación por prestación:

Los prestadores directos o indirectos podrán solicitar el pago de las prestaciones personales brindadas a los afiliados o beneficiarios del sistema, mediante la presentación de sus facturas confeccionadas acorde al nomenclador prestacional vigente del I.P.S., según los términos que se establezcan en cada convenio. En ningún caso podrán presentar facturaciones superiores al valor global pactado con el I.P.S.

4.7.I.b.- Facturación por módulo:

Sólo podrán requerir el pago de prácticas bajo esta modalidad, los efectores públicos o privados que por su complejidad técnica, económica o jurídica, hayan sido autorizados y convenidos para ello. Se considerará comprendido en este precepto, la articulación de

dos o más efectores sean personas físicas o jurídicas.

El titular del equipo de prácticas o especialidades será el autorizado para facturar mediante esta modalidad.

4.7.I.c.- Facturación por cápita:

Sólo podrán solicitar e integrar esta modalidad, el conjunto de prestadores que - renunciando a su condición de prestador directo o indirecto - integran una "Red Prestacional", inescindible para atender a un conjunto de afiliados o beneficiarios preestablecidos y definidos territorialmente y por el tiempo especialmente estipulado.

4.8.I.- De la Regulación del Sistema

4.8.I.a.- Control:

El I.P.S. establecerá un Manual General de instrucciones particulares, que incluirá un "Reglamento General de Investigaciones y Régimen Disciplinario", para el contralor de las prestaciones comprometidas en los respectivos convenios. La actuación de los auditores será de oficio o a instancia de un afiliado o beneficiario.

Se establece que los Auditores Profesionales del I.P.S., no podrán atender a los afiliados de esta obra social, mientras desempeñen tareas de asesoramiento y/o control interno, de reconocimiento médico y/o auditorías profesionales. Deberán presentar una declaración jurada que demuestre que no se encuentran vinculados laboral ni económicamente con los Centros Médicos, Establecimientos Sanatoriales, consultorios ni laboratorios que facturen a esta obra social. La omisión u ocultamiento de situaciones de incompatibilidad harán pasible al auditor de ser directamente excluido de la obra social.

4.8.I.b.- Auditorías compartidas:

El proceso de auditoría compartida será considerado como un régimen excepcional y sólo cuando las circunstancias así lo ameriten. En este supuesto, el resultado o conclusiones obtenidas deberán estar fundadas en hechos objetivos, documentación respaldatoria o elementos fehacientes e indubitados. Los criterios profesionales o médicos sólo serán tenidos en cuenta en la medida en que estuvieren debidamente fundados con estricto rigor científico.

Las acciones u omisiones individuales o colectivas de prestadores que importen conductas distorsivas de mercado en perjuicio de derechos o intereses colectivos de afiliados o beneficiarios, podrán dar lugar a la aplicación de multas consistentes en el valor equivalente al perjuicio ocasionado y, en su caso hasta la rescisión del contrato, convenio o acuerdo, sin perjuicio de los daños e intereses que correspondan, siendo de aplicación las normas que establezca el I.P.S.

4.9.II.- Del Sistema de Autorización de Prácticas (S.A.P. – I.P.S. versión 1.0)

4.9.II.1.- Denominación:

Consiste en el sistema simplificado de autorizaciones y/o consultas profesionales ambulatorias para afiliados, beneficiarios y adherentes del I.P.S.

4.9.II.2.- Objetivos: El objetivo final del S.A.P., es permitir la concreción de la dignificación del hombre sometido a las contingencias de salud-enfermedad, mediante:

a) La descentralización de los servicios a los afiliados profundizando la relación instantánea y directa entre prestadores y beneficiarios.

b) El ordenamiento administrativo de las disponibilidades de recursos técnicos y humanos, al servicio de los afiliados mejorando de esta forma el rendimiento, las expectativas de vida y la calidad del servicio del I.P.S.

4.9.II.3.- Obligatoriedad:

El S.A.P. I.P.S. versión 1.0, es obligatorio para todas las oficinas y dependencias del I.P.S., organismos y prestadores que se vinculan con el instituto. Los obligados e incluidos en el sistema deberán ajustarse a las normas técnicas operativas que dicte la sección informática del I.P.S.

4.9.II.4.- De la Operatividad del Sistema:

A.- Externos:

Los prestadores vinculados al Instituto con convenio vigente y que se adhieran al S.A.P. – I.P.S. Versión 1.0, deberán solicitar la clave a la Gerencia de Seguro Social del I.P.S., o a la dependencia que en el futuro la reemplace o sustituya, la mera petición y constatación del cumplimiento de la base tecnológica necesaria para el S.A.P. – I.P.S. Versión 1.0 resultará suficiente para la incorporación de un prestador al sistema.

El prestador externo deberá presentar la documentación necesaria para adherirse al sistema, entre la que se encuentran:

- a) Nómina de profesionales del centro adherido.
- b) Nómina de usuarios Cajeros. Defínese así al personal del prestador que emitirá las autorizaciones.
- c) Nómina de usuarios Supervisores. Denomínase así al personal que supervisa los movimientos generados por el centro.

B.- Internos:

Las oficinas y demás dependencias del Instituto deberán requerir su habilitación a la Sección Informática y en este caso, deberá acreditar, la Jefatura del área a la unidad operativa pertinente, finalidad y competencia. La petición de inclusión importará la renuncia lisa, llana e incondicional del usuario para objetar, modificar o impugnar el sistema o cualquiera de los procedimientos articulados.

4.9.II.5.- De la Registración:

Las autorizaciones y habilitaciones serán registradas en formato digital y documental por la Sección Informática. En todos los casos, el registro importará la encriptación de la clave, resguardando la confidencialidad de las partes. En caso de sustitución, modificación o alteración de la clave, el autorizado o habilitado deberá hacerlo conocer por escrito en la Gerencia de Seguro Social o el área administrativa que la sustituya o reemplace para que se realice la anulación de la contraseña de usuario para proceder, luego, a la registración de una nueva.

4.9.II.6.- Uso del Sistema:

El I.P.S. pondrá a disposición de los usuarios: adherentes el sistema S.A.P., por Internet en la página de propiedad de la institución.

El usuario deberá conectarse a través de los medios tecnológicos a su alcance.

4.9.II.7.- Clases de Usuarios:

La operatividad del sistema permitirá la inclusión de dos (2) niveles de usuarios, a saber:

a) Usuario Individual:

Tratase del prestador o consultorio profesional con un (1) solo integrante, que se liga o enlaza al I.P.S. a través del Sistema S.A.P. - I.P.S. Versión 1.0.

b) Usuario Colectivo:

Denominase así al policonsultorio o consultorios multidisciplinarios que, a través de un (1) único enlace, se conecta al S.A.P. - I.P.S. versión 1.0.

A los efectos de la clasificación dada precedentemente, no se tendrá en cuenta la modalidad prestacional o convencional mantenida con el Instituto.

La utilización de la clave será exclusiva responsabilidad del usuario, aún cuando su acceso sea permitido a más de un (1) integrante del consultorio o policonsultorio. En ningún caso podrá reclamarse reparación o indemnización por acciones u omisiones en el manejo o administración de las claves acordadas.

4.9.II.8.- Parámetro de Uso y Consumo:

El Sistema de Autorización de Prácticas - S.A.P. - I.P.S. Versión 1.0 establecerá parámetros de uso y consumo de las prestaciones ambulatorias nomencladas y cubiertas por el I.P.S. Si el afiliado, beneficiario o adherente del I.P.S. superare los parámetros de uso o consumo rutinario preestablecido por la Obra Social, el usuario (prestador) deberá requerir la intervención “on line” del auditor médico del I.P.S.

4.9.II.9.- Procedimiento a seguir por el prestador: Inicio del trámite:

a) El enlace con el auditor se realizará a través de un “chat” debidamente registrado por el Sistema S.A.P. - I.P.S. Versión 1.0, debiendo el usuario (prestador) cumplimentar con los requerimientos formulados por el auditor en forma instantánea para evitar dilaciones al afiliado, beneficiario o adherente.

b) Si en virtud de las circunstancias médicas informadas por el usuario (prestador), el auditor requiere la comparencia del afiliado, beneficiario o adherente para la revisión directa o en Junta Médica, el auditor procederá al rechazo de la prestación, notificándole día y hora en que deberá comparecer el afiliado a las dependencias del I.P.S.

c) Si el Sistema no opusiere objeciones, automáticamente expedirá la autorización de la prestación profesional ambulatoria requerida.

d) El usuario (prestador) deberá imprimir la autorización o consulta pertinente debiendo el afiliado, beneficiario o adherente prestar conformidad a la misma mediante la firma estampada en el instrumento. En ningún caso se podrá autorizar prestaciones si el afiliado no exhibiere el documento de identidad, previamente, al usuario (prestador) individual o colectivo.

4.9.II.10.- De la facturación:

a.- Prestador Directo e indirecto:

El usuario (prestador) expedirá, conjuntamente con la autorización ambulatoria, un comprobante generado por el sistema que documente la percepción del coseguro. En caso que el afiliado, a su vez, pertenezca a una coaseguradora, el comprobante generado por el Sistema e indicado en el artículo anterior, será emitido sin cargo para el afiliado coasegurado.

El usuario (prestador) deberá elevar al Instituto la documentación correspondiente a la autorización ambulatoria conjuntamente con el comprobante generado por el Sistema que documente la percepción del coseguro. Dichos instrumentos resultan indispensables para que el Departamento de Control de Facturación del I.P.S. pueda validar las operaciones realizadas.

Al momento de la cancelación de las prácticas, el I.P.S. detraerá los copagos percibidos en custodia por el prestador (usuario), independientemente de la efectiva percepción del copago a cargo del afiliado, beneficiario y/o adherente. El error u omisión de la percepción del copago será considerado un acto de liberalidad del prestador y, en su consecuencia, no podrá reclamar la integración del mismo al I.P.S. o a los afiliados de éste.

b.- Red de Prestadores:

Cuando el usuario (prestador) integre una asociación, colegio u otra forma colectiva de agrupación, la facturación será efectuada y presentada ante el Instituto por dicha entidad proveedora por el total del valor de las prácticas realizadas por todos sus asociados, mediante un único documento, debiendo adjuntar la documentación requerida en el artículo precedente. La detracción de los copagos percibidos por todos los asociados será efectuada en su totalidad sobre la facturación de la entidad proveedora (cámara, círculo, colegio, etc.).

4.9.II.11.- De las obligaciones y responsabilidades:

Los usuarios (prestadores) deberán consignar los datos requeridos en pantalla por el sistema, no pudiendo obviar, omitir, falsear o alterar alguno de los datos requeridos. El falseamiento u ocultamiento importará una falta grave pasible de sanción económica al usuario. En ningún caso los integrantes de un policonsultorio o unidad prestacional similar podrán oponer desconocimiento, error u omisión como causal exculpatoria de las sanciones aplicadas, cualquiera fuere su naturaleza.

4.9.II.12.- De la Auditoría:

El I.P.S. podrá ejercer en plenitud la auditoría informática y médica en terreno a usuarios (prestadores) individuales y colectivos que integren el sistema. A tales efectos, el auditor o grupo de auditores designados podrán requerir la documentación respaldatoria que avalen las prácticas autorizadas en la web.

4.9.II.13.- Reticencia:

La omisión, dilación o perturbación en el suministro de información requerida o el falseamiento de datos hará pasible al usuario (prestador) de las multas pertinentes.

4.9.II. 14.- De la obligación de confidencialidad de datos:

El Sistema y los datos contenidos en el mismo son de propiedad del I.P.S. Los usuarios (prestadores) individuales o colectivos y coaseguradores, sus empleados, dependientes, contratados, pasantes, cualquiera fuere la modalidad del vínculo jurídico existente, están obligados a preservar la identidad, contenido y alcance de datos de los afiliados, beneficiarios y adherentes. Supletoriamente, será de aplicación la Ley N° 25.326 "De Protección de Datos Personales".

4.9.II.15.- Del procedimiento del uso del servicio del S.A.P. para empresas de coseguros.

Procedimiento: Las empresas asociaciones y/o sindicatos que mantengan convenio con esta Obra Social por Coseguro deberán ajustarse al siguiente procedimiento:

a) Requerir la clave de usuario a través de la Gerencia de Seguro Social o el área administrativa que la sustituya o haga sus veces.

b) El uso de la clave se limitará a los afiliados que integran el padrón de coseguro y a la cobertura que éstos brindan.

c) En caso de empresas coaseguradoras que, además brindan servicios prestacionales a través de policonsultorios, podrán solicitar dos (2) claves: una de ellas para policonsultorio y la otra para el coseguro.

4.10.III.- Copago o Coseguro:

Denomínase copago o coseguro al porcentaje determinado del costo económico, de las prestaciones médico asistenciales, establecidas por la normativa vigente, que se encuentran a cargo del afiliado o beneficiario del sistema de salud.

El Copago o coseguro podrá abonarse de la siguiente forma:

4.10.III.a.- De contado: Mediante el pago en forma personal en Oficinas Administrativas del I.P.S. o el sistema establecido por el S.A.P. Versión 1.0.

4.10.III.b.- Con financiación: El I.P.S. podrá financiar el Copago o Coseguro siempre que existiesen partidas financieras disponibles. Los afiliados forzosos, y sus beneficiarios podrán solicitar la "financiación del copago" fijado para la prestación respectiva, previo cumplimiento de la normativa vigente. Quedan excluidos del presente beneficio las personas que se encuentren incorporadas al Sistema de Salud a través del Régimen de Afiliación Individual o por Convenio del Sector Privado.

Requisitos para la financiación del copago:

Los solicitantes deberán reunir los siguientes requisitos:

a.- Los afiliados forzosos, establecidos en el artículo 5 de la Ley 7.127/01, acreditando dicha situación con Documento de Identidad y último recibo de sueldo, sin embargos previos por ante el Departamento de Convenios y Coseguros y/o quien lo reemplace en el futuro.

b.- Presentar garante quien debe reunir similares requisitos que el solicitante, es decir revestir el carácter de empleado público, provincial o municipal, de planta permanente de dos (2) años de servicio ininterrumpido, acompañando este su Documento de Identidad y el último recibo de sueldo libre de embargos. El codeudor o garante asumirá tal condición en forma solidaria y se constituirá en pagador liso y llano, sin beneficio de división y excusión.

c.- Deberán, tanto el solicitante como el codeudor, al momento de documentar la deuda abonar el treinta por ciento (30%) del total de la deuda a financiar, como anticipo en efectivo, o autorizar el descuento de sus haberes; y si el saldo restante fuere inferior a la mitad del monto que en concepto de remuneración neta percibe el solicitante, se lo dispensará de la presentación del garante.

d.- La amortización del saldo de la deuda por copago se efectuará por cuotas mensuales proporcionales hasta el veinte por ciento (20%) de haber nominal del solicitante, más los intereses establecidos por la reglamentación interna de la obra social; debiendo tanto el solicitante como el garante firmar un consentimiento de descuento de haberes; o la totalidad de lo adeudado de su liquidación final.

e.- Los titulares de jubilaciones y pensiones jubilatorias podrán solicitar la financiación del copago, con las obligaciones establecidas en la reglamentación interna establecida al efecto.

f.- En caso de fallecimiento, retiro voluntario o cesantía del afiliado titular, se transfiere la deuda al garante, salvo que el deudor principal, parientes o sus derechohabientes, en el plazo de diez (10) días del cese, manifiesten la voluntad económica de cancelar la deuda de contado.

g.- Ordenar al Sector Derivaciones que previo a autorizar cualquier derivación extraprovincial, indique a los solicitantes presentarse en el Departamento de Convenios o Coseguros, o quien lo reemplace en el futuro, para el correspondiente control de documentación a los fines de su eventual financiación.

h.- En ningún caso, aún tratándose de cancelación, renovación o amortización anticipada del préstamo otorgado en concepto de financiación del copago, se devolverá suma alguna de las percibidas en concepto de gastos administración e intereses.

i.- La renuncia, retiro voluntario, cesantía o suspensión del empleo, como la jubilación o pensión del afiliado no será causa de cancelación de la deuda por copago.

4.10.III.c.- Mediante empresas de coseguros:

El Afiliado o beneficiario podrá contratar libremente la cobertura del copago o coseguro a su cargo, con una Empresa dedicada a la actividad cosegurada, las que deberán respetar las siguientes normativas:

a.- La relación jurídica instituida con las personas físicas o jurídicas administradoras de coseguros sociales de salud para los afiliados, adherentes y/o beneficiarios del sistema gobernado por el Instituto Provincial de Salud de Salta, es de derecho público y se someterá a las condiciones, particularidades técnicas, financieras, económicas y/o jurídicas establecidas en este reglamento o en el instrumento que en el futuro lo reemplace.

b.- Las coaseguradoras deberán suscribir los convenios conforme se establece en la normativa vigente, bajo pena de nulidad.

c.- Condiciones Generales:

Sólo se admitirá la inclusión como coaseguradoras a las personas físicas o jurídicas que a continuación se indican, excluyéndose el Estado Nacional, Provincial y/o Municipal, sus entidades centralizadas, descentralizadas, autárquicas, sociedades y/o empresas del Estado sociedades anónimas con participación estatal mayoritaria en las cuales el estado Nacional, Provincial o Municipal sea parte.

Se admitirá la integración de asociaciones profesionales y/o sindicales, mutuales, cooperativas debidamente habilitadas por las autoridades administrativas pertinentes.

Las sociedades comerciales, grupos económicos u otras formas asociativas deberán acreditar capacidad jurídica y económica suficiente. Se encuentra vedada la conformación de coseguros propiciados o integrados por prestadores o sus entidades representativas, cualquiera fuere el grado, las obras sociales, las empresas de medicina prepaga, cualquiera fuere la participación societaria.

En ningún caso se aceptarán comportamientos o conductas distorsivas de mercado, que importen comportamientos monopólicos, oligopólicos o abusos de posición dominante. El I.P.S. podrá hacer cesar tales comportamientos cuando se acredite tal circunstancia.

d.- Requisitos: A los efectos de la aprobación del contrato pertinente, las coaseguradoras deberán acreditar:

1).- La existencia de la persona jurídica, y la vigencia del mandato de sus autoridades;

2).- Estatuto de creación o contrato societario actualizado y debidamente inscripto en el organismo que corresponda, y última acta de asamblea de designación de autoridades. El presentante deberá acreditar legalmente la representación que inviste con el instrumento de donde surja su personería y legitimación, y habilidad suficiente para el acto. Si se trata de un poder, el mismo debe ser conferido a su favor mediante Escritura Pública y debidamente inscripto en el Registro de Mandatos de esta Provincia.

3).- Inscripción AFIP, N° de CUIT, última Declaración Jurada de Impuesto a las Ganancias, Bienes Personales; Sistema Único de la Seguridad Social; IVA, acompañando los comprobantes de pago, de corresponder.

4).- Inscripción en la Dirección General de Rentas (D.G.R.), presentación F 500.

5).- Ultimo balance aprobado.

6).- El Patrimonio Neto debe ser igual o superior a dos (2) capitas de su padrón de afiliados.

e.- Condiciones Técnicas:

Las coaseguradoras deben cumplir durante todo el vínculo con el I.P.S., con las siguientes condiciones técnicas:

1).- Contar con un número mínimo de 3.000 beneficiarios (incluyendo los titulares, familiares y adherentes) o el 1,5% del padrón de afiliados del I.P.S., lo que resultare mayor; en el caso de un ámbito de aplicación departamental o municipal, a excepción de la Capital de Salta, la cantidad mínima será de 1.000 (mil) beneficiarios.

2).- Exponer y acreditar el plan de cobertura para sus afiliados, indicando nivel prestacional, porcentaje a cubrir, régimen sobre preexistencias, carencias u otras modalidades propias de atención.

3).- Definir ámbito de actuación territorial: departamental, municipal, provincial.

4).- Nómina de beneficiarios. La nómina será presentada conforme las disposiciones de la obra social.

5).- Contar con Auditoría Médica propia, la que deberá intervenir en todas las prestaciones para sus afiliados, adjuntando Nombre y Apellido, N° de Documento, N° de Matrícula Profesional y vínculo del Auditor Médico. Las prácticas médicas podrán responder a parámetros preestablecidos fundados en tasas de uso, gastos, previsión financiera o consumo, siguiendo idéntico sistema al establecido por la obra social.

6).- Las órdenes o chequeras que se presenten por los copagos, objeto del presente convenio serán preimpresas, numeradas, firmadas y señaladas por la coaseguradora. Se otorgarán diferentes clases de órdenes, según se trate de consultas o de otras prestaciones.

7).- Los porcentajes de los copagos que resulten por este sistema serán los mismos que los que el I.P.S. tenga establecidos, o en el futuro establezca para las prestaciones que se otorguen a los afiliados forzosos.

8).- Informatización: Deberá adecuarse a los requerimientos técnicos del S.A.P. versión 1.0. en vigencia en el I.P.S.

f.- Condiciones Financieras:

La coaseguradora deberá prestar:

1).- Fondo de caución: Deberá integrar en efectivo, un fondo de caución a favor del I.P.S., en la cuenta especial que éste indique. El fondo se calculará multiplicando la cantidad de beneficiarios por el importe establecido por resolución vigente del I.P.S. El fondo reparará los débitos por incumplimiento y los déficit financieros ocasionados por el uso o consumo de sus afiliados, beneficiarios o adherentes autorizados por el coseguro. Ninguna coaseguradora podrá actuar sin contar íntegramente con el fondo de caución. Si por alguna razón el mismo fuere menguado, se suspenderá el contrato hasta tanto se recomponga su integración.

2).- La coaseguradora deberá suministrar al I.P.S. el código de descuento y/o CBU bancaria en la que se depositan los aportes de sus beneficiarios, a efectos de practicar los débitos automáticos de las facturaciones mensuales presentadas por la obra social.

3).- Mensualmente el I.P.S. confeccionará un resumen de las prestaciones brindadas por el sistema de chequeras y la correspondiente facturación el día 10 (diez) de cada mes;

4).- Emitirá autorización irrevocable para el débito automático de los copagos autorizados en el mes. Tales débitos se efectuarán el día 15 (quince) del mes siguiente al de la prestación, sin perjuicio de las diferencias de saldo que pudiere arrojar la cuenta corriente.

5).- Cualquier controversia sobre la facturación, la Coaseguradora podrá objetarla dentro de los treinta días corridos de su presentación con el objeto de realizar la Auditoría compartida correspondiente. Del resultado de la misma cualquier ajuste será realizado en la facturación siguiente. Cumplido el plazo mencionado no se podrá realizar objeción alguna a la facturación presentada.

6).- La Coaseguradora pagará al I.P.S. con cada factura mensual un 3,50% (tres coma cincuenta por ciento) de su monto en concepto de gastos administrativos.

7).- Autorización irrevocable para que el I.P.S. atienda el déficit que se hubiere generado en el mes si las disponibilidades de las cuentas fueren insuficientes para sufragar las facturaciones elaboradas por el I.P.S.

8) La falta de pago de las facturaciones mensuales en los plazos señalados, devengará un interés por mora igual al 1,41% (uno coma cuarenta y uno por ciento) fijada por Resolución N° 24/00 emitida por la Dirección General de Rentas de la Provincia o por la que sea dictada por el mencionado Organismo Tributario que la reemplace en el futuro.

9).- Conformación de Cuenta Corriente con el I.P.S. y suscribir el convenio especial el que será redactado conforme las disposiciones regulatorias del presente Decreto o del que en el futuro lo sustituya.

10).- Privilegios: Presentar declaración reconociendo privilegio general del Instituto atento la naturaleza fiscal de las prestaciones, los aportes, las contribuciones y los copagos requeridos.

g.- Deberes y Obligaciones:

Son deberes y obligaciones de la coaseguradora:

1).- Deber de Información: Deberá proporcionar toda información administrativa, contable y sanitaria que le fuere expresamente requerida por el I.P.S.

2).- Deber de denunciar: Corresponde a la coaseguradora, sus directivos o dependientes, efectuar la denuncia de hechos contrarios al ordenamiento positivo vigente o dar noticia sobre asuntos o patologías que la ley imponga el deber de denunciar o de circunstancias que pudieran comprometer la vida, la salud de afiliados o terceros o el patrimonio del I.P.S.

3).- Deber de Colaboración: Las coaseguradoras deben prestar la máxima cooperación con las autoridades del I.P.S., las sanitarias, o de seguridad cuando le fueren requeridas.

4).- Deberes frente a afiliados: La información a los afiliados del I.P.S. serán íntegras, veraces y acabadas en cuanto a la cobertura, prestaciones, régimen aplicable, disponibilidades y demás condiciones de las ofertas o propuestas efectuadas a los mismos.

5).- Deber frente al Sistema: Deberán abstenerse de prácticas monopólicas, oligopólicas, disfuncionales de mercado o que constituyan una posición dominante, sea mediante la participación o connivencia de otras coaseguradoras, de prestadores, asociaciones u organizaciones que impliquen imposición de precios, calidades o cantidades prestacionales o constituyan limitaciones a la libre elección del afiliado.

6).- Deber Técnico: La Coaseguradora deberá abstenerse de brindar u ofertar coberturas o prestaciones no autorizadas, no nomencladas o mediante prestadores no habilitados por el Instituto Provincia de Salud de Salta.

h.- Prohibiciones:

Queda establecido que en ningún caso el I.P.S. remitirá a la Coaseguradora informes estadísticos y/o contables de la prestaciones otorgadas a los beneficiarios. Las

comprobaciones que la Coaseguradora estime realizar se efectuarán en la sede del I.P.S., quien proporcionará la información que razonablemente pueda suministrar su sistema contable administrativo.

i.- Rescisión:

El I.P.S. podrá rescindir el pertinente convenio, sin que ello importe obligación de indemnizar, en los siguientes casos:

1).- La falta de cumplimiento en término de cualquiera de las obligaciones o deberes a cargo de la Coaseguradora.

2).- La falta de entrega al I.P.S. de la documentación requerida, como así también la negativa y reticencia a presentar toda otra información relacionada con los beneficiarios al solo requerimiento del I.P.S..

3).- Cuando la Coaseguradora falsee, oculte o adultere los datos de sus beneficiarios y/o cualquier otra documentación en la información suministrada el I.P.S. durante la vigencia del mismo.

4).- Ante comportamiento monopólico, oligopólico, abuso de posición dominante, o cualquier acto u omisión que importe disfuncionalidad de mercado en perjuicio real o potencial del afiliado.

5).- En cualquiera de los casos señalados, el I.P.S. comunicará previamente su decisión de rescindir a la Coaseguradora con una anticipación no menor de quince (15) días y esta facultado a exigir el cumplimiento del pago de las deudas existentes y a reclamar los reembolsos y los daños y perjuicios que eventualmente se ocasionaren.

6).- La Coaseguradora una vez cumplido los primeros seis (6) meses de vigencia, podrá rescindir el Convenio en cualquier momento y sin invocación de causa, debiendo comunicar al I.P.S. en forma fehaciente tal decisión con treinta (30) días corridos de anticipación, sin que se devenguen indemnizaciones de ninguna naturaleza.

7).- La Coaseguradora en caso de que comunique la rescisión del Convenio, faculta al I.P.S. a proceder al bloqueo automático en el sistema a los beneficiarios de dicha entidad a los efectos de este Convenio, y a debitar automáticamente de sus cuentas, las prestaciones debidas o comprometidas.

j.- Impuestos, tasas o contribuciones:

Los impuestos, tasas o contribuciones que graven la actividad de la coaseguradora, son a cargo y de responsabilidad exclusiva y excluyente de la misma, no pudiendo trasladar ninguno de ellos al I.P.S.

Los impuestos y sellados que graven el Convenio serán soportados por partes iguales, haciendo constar que el I.P.S. se encuentra eximido de impuestos y tasas provinciales y municipales. La coaseguradora podrá estar liberada de dicho pago si acredita encontrarse exenta mediante la presentación de la documentación pertinente conforme a la normativa vigente.

k.- Plazos:

Los convenios a suscribir con las correspondientes coaseguradoras tendrán un plazo máximo de 24 meses corridos contados a partir del día siguiente al de su firma.

Los plazos se prorrogarán, siempre que la coaseguradora haya cumplido íntegramente con sus obligaciones. Al primer año de vigencia del Convenio, las partes deberán analizar los resultados del mismo y siempre que no haya mediado incumplimientos culposos de la coaseguradora efectivos y constatables, se dispondrá su renovación. En caso de imposibilidad de evaluar los datos en el plazo de vigencia establecido, el convenio no se

renovará automáticamente; ahora, si vencido el plazo acordado y no obstante contar con los elementos de juicio suficientes, las partes no efectuaren el análisis descrito en el término de treinta días, se entenderá tácita reconducción por igual plazo.

I.- Jurisdicción:

En ningún caso las partes podrán prorrogar jurisdicción o consentir la intervención de otro tribunal que no sea el fuero Contencioso Administrativo del Distrito Judicial del Centro de la Provincia de Salta. A todos los efectos legales, la coaseguradora deberá fijar y mantener domicilio legal en la ciudad de Salta, donde se tendrán por válidas y eficaces todas las notificaciones judiciales o extrajudiciales.

4.10.III.d.- Mediante sistema organizado y administrado por el I.P.S.:

El I.P.S. se encuentra facultado a la organización y administración de un sistema de coseguro, utilizando para ello todos sus recursos humanos, técnicos y económicos.

Art. 5º - (Art. 5º Ley 7.127).- De los Afiliados y Beneficiarios del Sistema.

Serán afiliados forzosos los funcionarios y el personal de planta permanente de la Administración Pública Provincial centralizada y descentralizada del Poder Ejecutivo, Legislativo y Judicial de la Provincia, Ministerio Público, Organismos descentralizados, entes autárquicos, empresas y sociedades del estado y municipalidades de la Provincia y personal contratado.

5.1.- De los afiliados forzosos:

Serán afiliados forzosos, quedando incluidos obligatoriamente en calidad de afiliados titulares del I.P.S. los que se detallan a continuación:

5.1.a.- Sector Activo:

1.- Los empleados, personal de planta permanente, transitorio, contratado dependientes de los Poderes Ejecutivo, Legislativo, Judicial, Ministerio Público, Organismos Descentralizados, Entes Autárquicos, Empresas y Sociedades del Estado; Municipalidades de la Provincia, Auditoría General de la Provincia y Sindicatura General de la Provincia, Ente Regulador de los Servicios Públicos; Ente Regulador del Juego de Azar; Personal de Fuerza de Seguridad.

2.- Los funcionarios de los poderes y organismos mencionados en el inciso anterior. Se considerará funcionario a todo personal superior de planta o contratado y/o designado, que revista cargo o función jerárquica, quedando comprendidos los siguientes: Autoridades Superiores del Poder Ejecutivo, Ministros, Secretario General de la Gobernación, Fiscal de Estado, Escribano de Gobierno, Secretarios de Estado, Auditores, Fiscal de Estado, Procurador General, Defensor General, Asesor General de Incapaces, demás funcionarios del Ministerio Público, Jefes, Sub Jefes de Policía, Presidentes de organismos descentralizados, autárquicos, integrantes de directorios, Jefes de reparticiones, asesores privados, legisladores, secretarios legislativos y todo otro funcionario que no se encuentra enumerado en el presente, o que sean incorporados por leyes especiales creadas al efecto.

3.- Quedan excluidos únicamente los Jueces de Tribunales Inferiores, de Cámara y Ministros de la Corte de Justicia, designados conforme lo establece el artículo 156 de la Constitución Provincial, quienes podrán optar por la afiliación, en cuyo caso únicamente lo será en carácter de Afiliado Titular y no beneficiario.

El personal en uso de licencia sin cobro de haberes o suspendido por sanción disciplinaria podrá optar por tener continuidad, abonando en forma personal el aporte mínimo correspondiente, más la respectiva contribución patronal, debiendo ser dicho aporte continuado durante toda la licencia o tiempo que dure la sanción.

El personal que se desempeñe como docente en establecimientos correspondientes a la Educación General Básica, Polimodal y Superior (con horas cátedra) y perciba remuneraciones inferiores al sueldo mínimo del cargo de la administración pública provincial, realizará el mismo aporte de éstos, el que será del diez por ciento (10%), de la escala anteriormente citada; idéntico criterio se aplica a los agentes públicos o municipales, debiendo en su caso el afiliado titular integrar la diferencia restante para alcanzar a completar el aporte mínimo establecido precedentemente.

Cuando ambos cónyuges o concubinos/as se desempeñen en la Administración Pública, municipalidades, etc., se practicará el descuento de aportes a cada uno de ellos, y la afiliación se realizará por separado. Cuando un empleado tenga varios cargos, aportará por cada uno de ellos. La falta de aportes de los afiliados titulares hará responsable al funcionario de los organismos o ministerios mencionados en el presente artículo, que no realice los descuentos establecidos, debiendo procederse al cobro de los aportes no ingresados en tiempo y forma al agente o personal que incurra en tal situación.

No podrá incorporarse como "beneficiario" de la obra social, el personal, funcionario o agente público que por ley le corresponda aportar como afiliado titular.

5.1.b.- Sector Pasivo:

1.- Jubilados y Pensionados del ex-sistema de Previsión Social de la Provincia de Salta (correspondientes a los ex agentes de la Administración Pública Provincial).

2.- Jubilados y Pensionados incorporados a la Caja de Previsión Social al momento de su transferencia a la ANSES.

3.- Los retirados de las Fuerzas de Seguridad.

4.- Pensionados de los jubilados detallados anteriormente, conforme la reglamentación establecida al efecto.

5.- Afiliados y beneficiarios que se encuentren en trámite de Jubilación o Pensión, quienes deberán acreditar ante el I.P.S. la iniciación de trámites en la ANSES o AFJP, los que no deberán superar el término de tres meses, debiéndose abonar en forma directa el aporte mínimo a la obra social, en forma mensual y continuada, mientras duren dichos trámites.

6.- Retiros Voluntarios: Conforme Ley provincial gozan desde el otorgamiento del retiro un (1) año de cobertura para el retirado y su grupo familiar primario, siendo los aportes únicamente a cargo del Estado.

5.1.c.- El personal contratado:

Se entiende por personal contratado de los organismos mencionados en el inciso a) del presente artículo, a los sujetos que celebran contratos de locación de servicio y de obra, excepto la obra pública. Por resolución interna se establecerán los requisitos y aportes adicionales por cargas de familia, conforme el monto del contrato.

5.1.d.- Personal activo que sea dado de baja:

Podrá requerir los servicios del I.P.S. dentro de los treinta (30) días de concedida la baja, y los beneficios serán extensivos hasta el plazo máximo de tres (3) meses, siendo el aporte y la contribución a cargo del afiliado. No habrá derecho a prórroga por más tiempo.

5.1.e.- Ex combatientes de Malvinas

"Los Ex combatientes en el conflicto con las fuerzas británicas, en las Islas Malvinas y demás territorios del Atlántico Sur".

5.2.- De los beneficiarios:

Quedan incluidos, en calidad de beneficiarios, los que se detallan a continuación:

5.2.a.- Los Grupos Familiares primarios de las categorías indicadas en el inciso A) del artículo 5 de la ley 7.127, entendiéndose por tal:

1.- Conyuge del afiliado titular;

2.- Hijos solteros hasta los veintiún (21) años inclusive no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral.

3.- Hijos solteros mayores de veintiún (21) años y hasta los veintiséis (26) años inclusive, si se encuentran a cargo del titular y acreditan que cursan estudios regulares en establecimientos oficialmente reconocidos por autoridad pertinente, debiendo acreditar tal circunstancia hasta el día 30 de Abril de cada año.

4.- Los hijos incapacitados a cargo del afiliado titular. Se entenderá por tales los hijos del afiliado titular mayor de veintiún (21) años, impedido física o mentalmente para trabajar, con una incapacidad superior al 66% de la total obrera establecido por la Ley 20.744, a cargo exclusivo económica y físicamente del afiliado titular, y convivan en el mismo hogar. La verificación de tales circunstancias se realizará por el servicio asistencial y profesional del I.P.S. el que deberá realizarse "in situ", bajo pena de sanción al funcionario que autorice la incorporación sin el cumplimiento y verificación de los requisitos establecidos anteriormente. A tales fines se llevará un registro habilitado al efecto, donde consten los requisitos mencionados.

Los hijos incapacitados de los afiliados titulares que no alcancen el porcentaje establecido en el presente inciso, pero que cumplimenten el resto de los requisitos, podrán en el plazo de tres (3) meses, antes de la baja del sistema, optar por incorporarse al régimen de afiliación individual con continuidad, sin carencias ni pre-existencias abonando una cuota diferencial que establezca la resolución respectiva.

5.- Los hijos del cónyuge del afiliado titular que sean menores de 21 años cuya tenencia haya sido acordada judicialmente al cónyuge mencionado y convivan en el mismo hogar del titular.

5.2.b.- Conviviente:

Se entiende por conviviente a la persona que conviva con el afiliado titular (tanto por personal de planta, sin estabilidad y contratados) y reciba ostensible trato familiar, quedarán incluidas las siguientes personas:

1.- Concubino/a que acredite una convivencia pública, continua e interrumpida de dos (2) años como mínimo, requisito que deberá probarse mediante información sumaria judicial, reservándose el I.P.S. la facultad de exigir de oficio las probanzas que estime necesarias, cuando las circunstancias fácticas indique que la convivencia entre los concubinos se halla interrumpida. Dicha información sumaria podrá suplirse en los siguientes casos:

a) Por embarazo de la concubina gestado durante la convivencia;

b) Que los concubinos tengan hijos en común reconocidos legalmente y se encuentren conviviendo. En dicho supuesto deberá acreditar la convivencia mediante certificado emitido por la dependencia policial correspondiente al domicilio del afiliado titular, y demás probanzas que establezca internamente la obra social;

c) Solo en casos excepcionales, cuando el lugar de residencia del afiliado titular sea una zona del interior provincial inhóspita, por decisión de directorio podrá autorizarse suplir la información sumaria judicial, por un amplio informe realizado por el Juez de Paz del lugar con ratificación de dos (2) testigos.

En todos los supuestos deberán los solicitantes firmar una declaración jurada que

certifique la profesión, oficio o actividad que desarrollan los concubinos y los ingresos que perciben por todo concepto. Se realizará posteriormente una información sumaria administrativa a fin que el Instituto decida sobre su admisión.

Ningún afiliado podrá incorporar al cónyuge y al concubino/a a la vez. Para el supuesto que el afiliado registre como beneficiario al cónyuge y se encuentre divorciado deberá presentar la sentencia de divorcio vincular para incorporar al concubino/a, mientras no se registre dicha situación no se realizará incorporación alguna.

En todos los casos el I.P.S se reserva el derecho de verificar la información, veracidad y vigencia de los requisitos exigidos en cualquier tiempo modo y lugar. La falsedad de los datos y/o documentación aportada por las partes interesadas facultará a la obra social a ordenar la inmediata exclusión del beneficiario y la aplicación de sanciones, previa información sumaria.

La afiliación del concubino se realizará sin aporte adicional, salvo que no se encuentre a cargo del titular por tener ingresos propios, en cuyo caso deberá realizar un aporte adicional equivalente al cuatro por ciento (4%) del total de las remuneraciones, porcentaje que podrá ser modificado por resolución emitida por la obra social.

2.- Hijos Menores de edad de los concubinos/as que convivan en el mismo hogar del afiliado titular, debiendo cumplirse con los recaudos establecidos para el concubino/a y gozar el concubino/a de la tenencia de sus hijos menores acordada judicialmente por juez competente.

3.- Hijos Menores de edad cuya guarda haya sido otorgada judicialmente por resolución de Juez competente a favor del afiliado titular quien deberá acreditar su posesión en el cargo de guardador.

4.- Los menores de edad cuya guarda pre-adoptiva haya sido otorgada judicialmente a favor del afiliado titular.

5.- Pupilos y curados cuya tutela y/o curatela haya sido discernida judicialmente por juez competente a favor del afiliado titular quien deberá acreditar su posesión en el cargo de tutor o curador según corresponda.

6.- Los hijos menores de los concubino/a que convivan en el mismo hogar del afiliado titular, debiendo verificarse los recaudos establecidos para la concubina/o, y gozar el concubino/a de la tenencia de sus hijos menores.

5.2.c.- Beneficiarios ascendientes o descendientes del Afiliado Titular:

Los afiliados titulares podrán incorporar como beneficiarios a su cargo a sus ascendientes o descendientes por consanguinidad en todos sus grados de los que tengan su guarda o tenencia otorgada por juez competente. Se establece como requisito que dichas personas no sean beneficiarias o titulares de la misma u otra obra social (para lo cual deberá acreditar que se encuentren incapacitado física o mentalmente para trabajar, con dependencia económica y a cargo exclusivo del titular. Dicha incorporación será con pago de aporte adicional establecido por el Decreto N° 3.336/77 artículo 1º, inciso e) o normativa que en futuro la reemplace.

5.2.d.- Otros beneficiarios:

Se dispone como beneficiarios de "Los Ex combatientes en el conflicto con las fuerzas británicas, en las Islas Malvinas y demás territorios del Atlántico Sur", su grupo familiar primario integrado por la esposa, hijos de éste, conforme lo establece la Ley 6.398.

5.2.e.- Excluidos:

Quedan excluidos de la presente reglamentación los beneficiarios de Convenios de Sector Privado y Afiliados Adherentes, cuando específicamente no se acuerde su

cobertura, como así también todas las personas no especificadas en la presente reglamentación.

Artículo 6º.- (Art. 6º Ley 7.127) del Régimen del Sector Privado y del Régimen de Afiliación Individual.

6.1.- Del Régimen del Sector Privado:

6.1.1.- Régimen de altas – Padrón inicial:

La Entidad firmante suministrará al momento de la firma del convenio, una nómina o listado de los titulares, beneficiarios y/o adherentes que requieran afiliación, con indicación de los siguientes datos:

a.- Nº de Orden o Código.

b.- Apellido y Nombres del titular, beneficiarios y/o adherentes.

c.- Documentos de Identidad del titular, beneficiarios y/o adherentes.

d.- Fecha de Ingreso a la actividad del titular.

e.- Cargo o tarea que desempeña el titular.

f.- Monto remuneración total (excluida asignaciones familiares) que percibe el afiliado titular.

g.- Vínculo o parentesco del beneficiario y/o adherente, los que deberán cumplimentar formalmente el trámite cumpliendo los correspondientes requisitos de ingreso.

Esta nómina constituirá el Padrón Inicial de Componentes de la entidad firmante que formará parte integrante del convenio, quienes serán exceptuados de la carencia inicial establecida para las altas posteriores.

Asimismo se establece que en el caso de que se tratara de la renovación de los contratos actuales vigentes del sector privado, las altas nuevas a producirse se deberán realizar mediante la presentación de la Declaración Jurada de Salud, respetándose las mismas condiciones que se encontraban las altas de las personas que ya revestían el carácter de afiliados a la entidad firmante del convenio del sector privado vigente.

6.1.2.- Altas posteriores a la firma del contrato:

La Entidad firmante podrá solicitar la incorporación de nuevos miembros titulares con posterioridad a la fecha de iniciación del convenio de acuerdo y con ajuste a las condiciones que se indican seguidamente:

Las personas que soliciten su incorporación al servicio de salud, implementado por el I.P.S. para los Convenios del Sector Privado, con posterioridad a la fecha de iniciación del contrato, ingresarán con el período de espera (carencia) establecido por la normativa interna vigente. Las prestaciones no contempladas en el período de espera (carencia) se cubrirán con 100% a cargo del afiliado.

Se aclara que el alta que se comunique por la entidad firmante al I.P.S., comenzará a desplegar sus efectos a partir del día hábil siguiente al cierre del mes en el cual esta sea comunicada.

6.1.3.- Régimen de bajas

A.- Causales de baja: Serán causales de baja del afiliado titular y consecuentemente de los beneficiarios a su cargo, las siguientes:

a.- Por haber perdido su condición de personal vinculado con la entidad firmante, ya sea laboralmente, o por acceder a los beneficios de la Jubilación o como asociado.

b.- Por renuncia expresa del afiliado titular al servicio de salud, implementado por el

I.P.S. para los Convenios del Sector Privado, comunicado a la entidad firmante y puesto en conocimiento en forma fehaciente e inmediata por parte de la misma al I.P.S.

c.- Por suspensión o exclusión dispuesta por el Instituto, motivada en infracciones a las Normas Reglamentarias del servicio de salud, implementado por el I.P.S. para los Convenios del Sector Privado, o por no ajustarse a las condiciones estipuladas en el presente Reglamento.

Será obligación de la entidad firmante, comunicar al Instituto la baja del Afiliado en el momento que esta se produzca.

B.- Condiciones para la aceptación de la baja:

La baja estará sujeta al cumplimiento de la cancelación de las deudas que, por todo concepto, el afiliado haya contraído con el I.P.S., sin perjuicio de la responsabilidad de la entidad firmante en el pago de la misma.

Asimismo el I.P.S. procederá, por medio del Departamento Afiliaciones al bloqueo automático en el sistema de los afiliados dados de baja de dicha entidad, se haya o no cancelado la deuda.

6.1.4.- Reingresos a través del convenio

Las personas que hubieran sido dadas de baja por la entidad firmante podrán reingresar al sistema de salud, a través de la misma, conforme las siguientes condiciones:

a.- Si hubieran transcurrido menos de tres (3) meses desde su última baja, en cuyo caso no le serán de aplicación las carencias iniciales.

b.- Si hubieran transcurrido más de tres (3) meses desde su último egreso, serán de aplicación las carencias reglamentadas para las altas iniciales.

c.- No se admitirán reingresos de las personas desafiliadas por las causales señaladas en el inciso c de 6.1.3.

6.1.5.- Traspaso desde afiliaciones individuales.

Sólo serán autorizadas cuando no existiera saldo por aportes impagos y cumpla con la actividad acorde a los fines de la entidad y con plazo de carencia fijado por la normativa vigente.

Si desde la baja de la afiliación individual hasta el alta por convenio del sector privado hubieren transcurridos un plazo no mayor a (3) tres meses, reingresará sin las carencias establecidas originalmente.

6.1.6.- Traspaso a afiliaciones individuales.

Sólo serán autorizadas cuando no existiera saldo por aportes y prestaciones impagos, para lo cual deberá acreditarse con constancia de libre deuda emitida por la entidad firmante anterior y con el plazo de carencia establecido en la normativa vigente.

Si desde la baja de la afiliación del sector privado hasta el alta por afiliación individual hubieren transcurridos un plazo no mayor a tres (3) meses, reingresará sin las carencias establecidas originalmente.

6.1.7.- Traspaso a otro convenio privado.

Sólo serán autorizadas cuando no existiera saldo por cuotas aportes y prestaciones impagas, lo cual deberá acreditarse con constancia de libre deuda emitida por la entidad firmante anterior, y en tanto la persona que lo solicitare cumpla la actividad de la entidad posterior acorde a la finalidad en cada caso y con el plazo de carencia fijado por la normativa vigente.

Si desde la baja de la afiliación del sector privado hasta el alta por el nuevo convenio hubiere transcurrido un plazo no mayor a tres (3) meses, reingresará sin las carencias establecidas originalmente.

6.1.8.- Suspensión de servicio por falta de pago.

A partir del primer día del mes siguiente al vencimiento de la cuota aporte, el I.P.S. dispondrá la suspensión de los servicios de salud a los afiliados titulares, sus beneficiarios y/o adherentes de la entidad firmante, si no se abonase la cuota respectiva.

Para lograr la rehabilitación de los servicios, la entidad firmante deberá abonar la totalidad del importe adeudado. Si el pago se efectúa entre el 1º y 10º día del mes en que rige la suspensión del servicio, las cuotas vencidas se actualizarán al valor de la cuota vigente para dicho mes.

Si, por el contrario, el pago se efectúa entre el 11º día y el último día del mes en que rige la suspensión de los servicios, además se aplicará el interés devengado hasta el día de la cancelación.

El I.P.S. exigirá el pago total de los aportes mensuales sin quita de ninguna naturaleza por los días en que estuvo suspendido el servicio de Salud.

El I.P.S. no reconocerá las prestaciones recibidas por los afiliados titulares, beneficiarios y adherentes, durante el período de suspensión del servicio, las que quedarán a cargo exclusivo del Afiliado.

6.2.- Afiliación Individual:

Los beneficios otorgados por el Instituto Provincial de Salud de Salta a los afiliados individuales se rigen por las condiciones establecidas en este Decreto y las modificaciones que se introduzcan en el mismo en lo sucesivo. No siendo aplicación el Régimen Legal de la Obras Sociales Nacionales, ni la normativa referida a la Medicina Prepaga.

6.2.1.- Concepto:

Se entiende por afiliado individual "adherente", no revistiendo carácter de forzoso o privado, toda aquella persona que de manera voluntaria y contractual se obligue con esta Obra Social al pago de una cuota mensual cuyo monto será establecido por la normativa interna vigente, en contraprestación de los servicios que se le brindan.

Los afiliados adherentes voluntarios del I.P.S. deberán observar las normas y reglamentos de los consultorios, sanatorios y laboratorios a que pudieren concurrir, respetando los días y horas establecidas para su atención, debiendo comunicar con la debida anticipación la cancelación de la cita previamente concertada.

6.2.2.- Condiciones de Ingreso:

1.- Podrán ingresar al I.P.S. las personas legalmente capaces, que posean entre 21 y 70 años de edad, obligándose al pago del arancel mensual correspondiente fijado por el I.P.S. Los mayores de 70 años de edad y hasta los 80 años, podrán ingresar abonando juntamente con el arancel establecido un importe adicional del 30%.

2.- Los menores de 21 años solo podrán ingresar como beneficiarios y/o adherentes del padre, madre, tutor o guardador judicial; salvo que los menores se encuentren debidamente emancipados por habilitación de edad o matrimonio.

3.- El recién nacido podrá ser incorporado al sistema de salud a partir del momento de su nacimiento y hasta el primer año de vida; en tal supuesto se lo considerará un afiliado más del I.P.S., debiéndose abonar la cuota adicional que correspondiera. Para proceder a su incorporación se deberá presentar su documento de identidad y un certificado médico

donde conste su estado de salud, y el día y la hora de su nacimiento. Transcurrido el plazo mencionado precedentemente, el I.P.S. se reserva el derecho de aceptar o rechazar la correspondiente solicitud de inscripción.

6.2.3.- Requisitos: Para ingresar al I.P.S. el interesado deberá: a.- Suscribir convenio y acompañar Declaración Jurada, establecidos en la normativa interna vigente, conjuntamente con los Antecedentes de Salud que contengan las incapacidades, enfermedades, lesiones, accidentes sufridos y/o que padecieren, los tratamientos y/u operaciones que se les hubieren efectuado y/o a los que se hallen sometidos el titular y los beneficiarios, según fuere el caso. El solicitante es personalmente responsable de la exactitud y veracidad de sus datos y antecedentes, y los de aquellas personas que desea incorporar o beneficiar, sin que la ocultación que le hicieren sus beneficiarios constituya eximente de su responsabilidad. El I.P.S. podrá exigir y el solicitante estará obligado a suministrar, toda información complementaria que se le requiera.

b.- Presentar certificado suscripto por el médico de cabecera, donde conste su estado de salud, pudiendo acompañar los estudios que considere convenientes, aparte de los precedentemente señalados. Dicho certificado tendrá carácter de declaración jurada, cuyo modelo y condiciones se rigen por la normativa interna vigente. Los profesionales médicos que certifiquen el/los antecedente/s de salud del/los solicitante/s, serán solidariamente responsables por los daños y perjuicios que se ocasionen al I.P.S. a consecuencia de la falsedad, ocultación u omisión de los mismos, en razón de su obligación profesional hacia el afiliado y/o su grupo familiar. Ello sin perjuicio de comunicar y remitir las actuaciones correspondientes, al Tribunal de Ética y Disciplina de la entidad que nuclea al mencionado profesional.

c.- Presentar obligatoriamente los siguientes estudios: RX de tórax de frente; Electrocardiograma; Exámen clínico: Hemograma, Creatina, Glucemia, Eritrosedimentación, Orina Completa, H.I.V.

d.- Transcurridos treinta (30) días hábiles desde la presentación de la solicitud sin que ésta fuera aceptada por el I.P.S., se considerará rechaza la misma con pérdida de la suma abonada a su presentación, si la falta de aceptación obedeciera a la falta de suministro de la información y/o estudios complementarios que el I.P.S. hubiera requerido.

6.2.4.- Incorporación – Duración:

a.- La incorporación operará desde su aceptación mediante el alta en el sistema informático, a fin de poder gozar de las prestaciones expresamente previstas y acorde con los períodos de espera.

b.- Aquella se renovará automáticamente a cada vencimiento por un nuevo período de igual duración, salvo que el afiliado manifestare su decisión de no renovarla y notificase fehacientemente tal circunstancia a la otra parte, con antelación no menor de treinta días corridos a dicho vencimiento.

c.- El I.P.S. se reserva la facultad de rechazar la continuidad de la afiliación, a aquellos afiliados y beneficiarios que no hayan cumplimentado acabadamente con todos los requisitos y estudios médicos requeridos, hasta el plazo de un año. Deberá notificar la decisión de los mismos con una anticipación no inferior a sesenta (60) días de efectivizar la baja de la afiliación. Esta notificación será válidamente realizada en el domicilio que denuncie o constituya el solicitante en la solicitud de ingreso, que subsistirá mientras no comunique su cambio al I.P.S. en forma fehaciente. Este domicilio tendrá el carácter de domicilio legal.

6.2.5.- Traspaso de Afiliados Del Sector Público o Privado al “Sistema De Afiliación Individual Voluntaria”:

Aquellas personas que siendo afiliadas al I.P.S (provenientes del sector público o privado) y que por cualquier motivo cesen en su afiliación, y deseen continuar recibiendo los beneficios que brinda la obra social provincial, podrán hacerlo a través del sistema de "Afiliación Individual Voluntaria". Los mismos quedan eximidos de las carencias por preexistencia respecto de los servicios médicos asistenciales, siempre que el paso de un sistema a otro no sea mayor a un plazo de noventa (90) días.

6.2.6.- Beneficios:

Se establece que los afiliados y beneficiarios al sistema de "Afiliación Individual", gozarán de los beneficios establecidos, en la normativa interna vigente.

6.2.7.- Cuotas Mensuales:

Las cuotas deberán ser abonadas mensualmente con anterioridad a la fecha de vencimiento correspondiente, y en aquellos lugares que el I.P.S. determine.

* Recibo de pago: Independientemente de la cantidad de integrantes del grupo familiar primario y/o adherentes, se emitirá un único comprobante de pago de la cuota mensual. Asumiendo en consecuencia todos y cada uno de ellos el carácter de obligados solidarios en el pago de la deuda que se genere en virtud del usufructo de las prestaciones otorgadas.

* En caso de proceder al cobro judicial de la deuda deberá expedirse la certificación de deuda correspondiente.

* Recién nacido: Si la incorporación del recién nacido produjese un cambio de categoría en el grupo familiar, el importe de la cuota mensual se facturará a partir del mes de su nacimiento, independientemente del día en que éste se haya producido.

* Las cuotas mensuales podrán ser aumentadas por el I.P.S. durante el transcurso de cada período de afiliación, en relación al aumento de los costos administrativos y/o de las prestaciones médicas asistenciales, sin necesidad del consentimiento del afiliado.

* El Deudor Moroso: Sin perjuicio de lo establecido en el punto 6.2.9.- del Capítulo "Revocación y Término de la incorporación", el deudor moroso deberá abonar las cuotas adeudadas por el monto correspondiente y conforme a las normativas internas vigentes. A dicho valor se le adicionará el interés moratorio establecido por Resolución 01/07 de la Dirección General de Rentas, que fija la Tasa de Interés Directa mensual a aplicar, o la que en el futuro la reemplace. Asimismo se aplicará un interés punitivo conforme normativa interna para el supuesto de cobro de deuda con "Título Ejecutivo" emitido. Los recargos referidos precedentemente se devengarán hasta el momento de la efectiva cancelación total. El deudor moroso deberá, además, abonar todos los gastos y costos administrativos, incluyendo honorarios judiciales y/o extrajudiciales que ocasione la gestión del cobro de la deuda.

* Efectos de la mora:

1.- Se suspenderá la prestación de servicios y toda obligación a cargo del I.P.S., a partir de la mora.

2.- Se dará de baja automática al afiliado que adeude más de tres (3) cuotas mensuales y consecutivas. En este supuesto el interesado que quisiera reingresar bajo este régimen deberá cancelar la deuda optando por cualquiera de las siguientes formas:

a) Contado sin cobro de interés.

b) Más de dos cuotas: con más el interés moratorio y punitivo fijado por normativa vigente.

En caso de optar por el pago en cuotas, deberá suscribirse un compromiso de pago por

ante el Departamento de Afiliaciones Individuales y contar con el sellado de la D.G.R.

6.2.8.- Reingreso: Rehabilitación y Reafiliación

a.- Rehabilitación: El afiliado individual, sus beneficiarios y/o adherentes, que hayan sido dados de bajo por falta de pago de hasta tres (3) cuotas mensuales, podrán reincorporarse al sistema de salud dentro del plazo de ciento cincuenta (150) días, siempre y cuando no adeuden suma alguna por ante el Departamento de Afiliaciones Individuales, para lo cual deberá acreditar tal situación con la constancia correspondiente. En tal caso deberá llenar una Solicitud de Rehabilitación, y será la Junta Médica del I.P.S. quien, previo análisis de la Historia de Consumo, autorizará o no el reingreso del interesado, en las siguientes condiciones:

1.- Sin carencias, ni preexistencias, con pago ininterrumpido de cuotas.

2.- Con carencias y preexistencia, cuando la Junta Médica del I.P.S. dictamine esta variante, contra presentación de estudios médicos establecidos.

b.- Reafiliación: El afiliado individual, sus beneficiarios y/o adherentes, que hayan sido dados de baja por falta de pago de más de tres (3) cuotas mensuales, podrán reingresar al sistema de salud siempre y cuando no adeuden suma alguna por ante el Departamento de Afiliaciones Individuales, para lo cual deberán cumplimentar todos los requisitos de ingreso establecidos en el presente Reglamento, con carencias y preexistencia, como si fuera un afiliado ingresante por primera vez.

* Si el reingreso fuera de manera obligatoria, el I.P.S. formulará cargos por el total de la deuda y procederá al descuento por planilla del monto total adeudado con más los intereses que correspondan.

* El afiliado Titular será responsable económicamente de todos los importes adeudados que se originen por gastos, costos, excedentes de topes, gastos fuera de vigencia, etc. que hubiesen incurrido los integrantes del grupo familiar, sin perjuicio de la responsabilidad de éstos al respecto.

* Los hijos de afiliados titulares adherentes, que hayan pertenecido al grupo inicial vigente, y que hayan solicitado la baja voluntaria podrán reingresar:

1.- Con continuidad en el plazo de noventa días sujetos a verificación de la historia de consumos.

2.- Con carencias y preexistencia, luego de los noventa días previa presentación de requisitos establecidos.

6.2.9.- Revocación y término de la incorporación:

La comprobación, por el I.P.S. en cualquier momento, de falsedades en la declaración, ocultación, reticencia u omisión de circunstancias o antecedentes relativas al titular o a sus incorporados y/o beneficiarios, que debieron ser declaradas en la solicitud de ingreso o al tiempo de la incorporación o en la información complementaria requerida por el I.P.S., conforme a lo que se establece en el capítulo "Requisitos para el ingreso", facultará a esta Obra Social a dejar sin efecto la incorporación, en cualquier tiempo, con relación al titular y a todos los incorporados y/o beneficiarios, con pérdida para el afiliado de las sumas pagadas y sin perjuicio de la exigibilidad de las adeudadas. El I.P.S. podrá exigir del titular la restitución, actualizada con sus intereses, del importe de las prestaciones que el I.P.S. hubiere efectuado desde el comienzo a la persona a cuyo respecto se hubiesen falseado, ocultado, omitido, o declarado con reticencia a los referidos antecedentes y circunstancias. En el supuesto previsto precedentemente, no se entenderá que el I.P.S. haya tenido noticia del hecho que autoriza la revocación de la incorporación, por el conocimiento que del mismo tuvieron los profesionales o entidades adheridas al I.P.S. con

motivo de consultas, exámenes o análisis requeridos por el interesado o prescritos por dichos profesionales.

Sin perjuicio de lo previsto en los párrafos precedentes, y de la facultad del I.P.S. de no renovar la incorporación, se podrá dejar sin efecto la misma durante su vigencia, con pérdida de las sumas pagadas o adeudadas, si mediare justa causa, y en especial en los siguientes casos:

a) Trato agravante u ofensivo de palabra o de hecho al personal de planta o contratado o profesionales, prestadores adheridos al I.P.S., aunque no mediare reiteración. En este supuesto la resolución alcanzará sólo respecto del que le fuere imputable el agravio u ofensa.

b) Falta de pago en término.

c) Reiterada inasistencia a citas y entrevistas concertadas con profesionales adheridos a I.P.S., salvo causa debidamente justificada o cancelación de las mismas con la debida antelación. Los reclamos que los profesionales cursen al I.P.S. respecto de dichas inasistencias constituirán prueba de la causal.

d) Demora o falta de pago al I.P.S. en concepto de cargos por prestaciones que correspondiere pagar al afiliado.

e) Facilitar o permitir a terceros el uso del Carnet aunque no llegare a concretarse perjuicio alguno.

f) Requerimiento innecesario del servicio de urgencia o para la atención de personas no asociadas al I.P.S.

g) Uso indebido o con dolo del sistema de prestaciones.

* La muerte del titular, produce la resolución de pleno derecho de la asociación con relación a todos sus incorporados y/o beneficiarios, pero en el supuesto que el I.P.S. aceptare la concertación de una nueva asociación de cualquiera de los integrantes del grupo familiar del fallecido, éstos no estarán sujetos a períodos de espera, ni carencias. Se deja en claro que dicha concertación se realizará solamente con familiar mayor de edad.

6.2.10.- Responsabilidad del I.P.S.

En razón del sistema de libre elección dentro del padrón de profesionales establecido a favor de sus afiliados, el I.P.S. no se responsabiliza por daños y perjuicios derivados de impericia, culpa, dolo, imprudencia o negligencia de los profesionales y/o laboratorios que requiera o utilice el afiliado titular, incorporado o beneficiario, ni de los que éstos pudieran sufrir en sanatorios o instituciones, y/o que provinieran de los profesionales en ellos actuantes, de su personal dependiente y/o de terceros, aún cuando tales servicios y atención médica proviniesen del Cuerpo Médico, Laboratorios, Técnicos y Sanatorios o entidades adheridas a I.P.S.

6.2.11.- Limitaciones y exclusiones:

El I.P.S. no se hace cargo de:

a) Tratamiento de alcoholismo, toxicomanías, e intoxicaciones autoprovocadas, así como tampoco de lesiones que sobrevengan en estado de enajenación mental, en estado de ebriedad o bajo la influencia de estupefacientes, o alcaloides.

b) Tratamiento de lesiones provocadas voluntariamente por el afiliado, y las que sean consecuencias de tentativa de suicidio o participación en crímenes u otros delitos o infracciones, en duelos, y en desafíos o riñas, no considerándose como riñas los casos de legítima defensa.

c) Tratamientos de incapacidades, enfermedades y/o lesiones preexistentes a la fecha del ingreso al I.P.S., conocidas o no por el afiliado, salvo que hubiesen sido declaradas y aceptadas en forma expresa y escrita por el I.P.S.

d) Operaciones de Cirugía Plástica, Estética o Reparadora, salvo que las mismas deban efectuarse como consecuencia de un accidente, producido éste durante la vigencia de su afiliación al I.P.S.

e) Lesiones sufridas como consecuencia de participar el afiliado como conductor o acompañante en competencias de riesgo, pruebas o demostraciones de pericia o de velocidad o de cualquier índole, de practicar o hacer uso de la aviación deportiva.

f) Gastos extras dentro o fuera de la internación (acompañantes enfermería, plasma y sangre, medios de contraste, películas, etc.).

g) Tratamiento de enfermedades (cardiovasculares, neurológicas, etc.), con preexistencia, hidroterapia, curas de adelgazamiento, de rejuvenecimiento, de reposo o similares hidroterapia o celuloterapia acupuntura, quiroterapia, digito puntura.

h) Tratamiento u operaciones que se hallen en etapas experimental es decir no reconocidas por instituciones oficiales, o científicas, como así tampoco de aquellos tratamientos u operaciones no incluidas en el nomenclador nacional o nomendadas por el I.P.S.

i) Transplante de tejidos u órganos. Técnica de fecundación in vitro y los análisis y estudios relacionados con ella.

j) Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

k) Internaciones para realizar exámenes complementarios, análisis, estudios y/o tratamientos de clínicas o cirugías que a criterio de la auditoria médica del I.P.S., puedan ser efectuados en forma ambulatoria.

l) Todo gasto (análisis, estudios especializados, cirugías, interacción, etc.), por tratamiento de enfermedades y/o lesiones no cubiertas por el I.P.S.

m) Toda práctica, diagnóstica o terapéutica, quirúrgica o no, que sea preparatoria o concomitante o consecuencia o secuela directa o indirecta de cirugías o prácticas no cubiertas por nuestro Sistema de Medicina Asistencial.

n) En los casos de accidente de tránsito u otros hechos atribuibles a un tercero, las prestaciones serán otorgadas, en cuyo caso, el I.P.S se subrogará automáticamente en los derechos y acciones que tengan o pudiera tener el afiliado, a los efectos de obtener del responsable el recupero del valor económico de las prestaciones suministradas al afiliado con mas sus intereses y accesorios legales, debiendo el afiliado otorgar la documentación que le requiera el I.P.S.

Las prestaciones precedentemente referidas no son taxativas, sino meramente enunciativas, pudiendo existir otras prestaciones de las que el I.P.S. no se hace cargo y que surjan de resoluciones internas vigentes.

Art. 7º - (Art. 7º Ley 7.127).- Sin reglamentar.

Art. 8º - (Art. 8º Ley 7.127):- Libre Elección de Prestadores.

Los afiliados y beneficiarios forzosos, gozarán de la libre elección de los prestadores de los servicios que estén incluidos en el padrón de prestadores del I.P.S.

Es requisito para la inscripción a dicho padrón, cumplir con las condiciones que el I.P.S. establezca para cada especialidad o nivel de complejidad.

La inscripción en los padrones de prestadores será convocada una vez al año,

debiendo los postulantes acreditar los recaudos exigidos en las formas y oportunidades que se establezca por resolución.

El I.P.S. deberá exponer visiblemente la nómina de los prestadores mencionados en el artículo anterior, agrupados por especialidades, según registro del colegio o asociación respectiva.

Se establece la vigencia de dos (2) padrones, siendo el padrón "B" con arancel diferenciado. Para prestar servicios en las distintas especialidades, con aranceles diferenciados a cargo del usuario, los profesionales deberán obtener la pertinente calificación por parte de los colegios profesionales respectivos de la Provincia, debiendo contar con especialidad certificado por los mismos y antigüedad interrumpida de más cinco (5) años en el padrón del I.P.S. Idénticos requisitos deberán cumplimentar los profesionales que se desempeñen en el interior provincial, debiendo además existir dentro del "padrón A", otro especialista con idéntica especialidad a fin que el afiliado tenga la opción entre los distintos padrones. En todos los casos los profesionales deberán tener vigente seguro de mala praxis.

Dejar establecido que los afiliados y beneficiarios del I.P.S., tanto de Salta Capital como de todos los departamentos del interior de la Provincia, podrán libremente requerir los servicios de salud de cualquier prestador que se encuentre incluido en el Padrón de Prestadores del I.P.S. conforme normativa vigente.

Será objeto de sumario administrativo el personal o funcionario que en el desempeño de sus funciones pretenda orientar hacia un médico, odontólogo, laboratorio o clínica, a un afiliado al I.P.S.

Art. 9° - (Art. 9° a 16° Ley 7.127). Sin reglamentar.

Art. 10° - (Art. 17 a 19° Ley 7.127).

Se autoriza al I.P.S. a establecer la reglamentación del Régimen General de Investigaciones y Disciplinario, dirigido a los prestadores, afiliados, y beneficiarios del I.P.S..

Art. 11° - (Art. 20° Inciso b) y c) Ley 7.127).

Se establecen las siguientes contribuciones y aportes:

11.1.- Personal de Planta permanente:

El aporte y contribución que corresponda abonar a este sector será del 12% del total de las remuneraciones brutas que perciba el trabajador o funcionario, (salvo el sector pasivo), porcentaje que estará integrado de la siguiente manera:

* Contribución Patronal: 6,5% sobre el total de remuneraciones sujetas a aportes.

* Aporte Personal:

1.- Sector Activo: 5,5% sobre el total de remuneraciones sujetas a aportes.

2.- Sector pasivo: 4% sobre las remuneraciones jubilatorias.

3.- Familiares a cargo no integrantes del grupo familiar primario (ascendientes, menores a cargo con guarda judicial no adoptiva): 2% sobre el total de remuneraciones sujetas a aportes.

4.- Cónyuge: no abona (sin cargo).

5.- Concubino, no a cargo (con medio de vida propio): 4% sobre el total de remuneraciones sujetas a aportes.

11.2.- Personal contratado:

Los contratos que se suscriban por locaciones de servicios u obras, (excepto las obras públicas), que se encuentren a cargo de la Administración Provincial Centralizada y Descentralizada, dependiente del Poder Ejecutivo se deberá efectuar una retención mensual a cada una de las personas que ejerzan la titularidad de dichos contratos con destino al I.P.S. en pago de la cobertura prestacional que el mismo le brinde, dicha escala se encuentra establecida por el Decreto N° 2.124/04, o el que en el futuro lo reemplace.

11.3.- Pasante: Cada jurisdicción o entidad de la Administración Pública Provincial Centralizada y Descentralizada dependiente del Poder Ejecutivo, que tenga vigentes convenios de pasantías, deberá efectuar un aporte especial mensual determinado por el Decreto N° 2.124/04, o el que en el futuro lo reemplace, con destino al I.P.S., por cada pasante, para que tenga cobertura prestacional en dicho instituto, no resultando extensiva la misma a su grupo familiar.

11.4.- Sector Privado:

En los convenios o acuerdos que se firmen con el Sector Privado, la entidad firmante deberá abonar al I.P.S., como mínimo por cada uno de los afiliados titulares, un aporte o cuota mensual, que se calculará de la siguiente manera:

Un aporte mensual equivalente al 12% sobre la remuneración bruta que perciba el afiliado titular de dicha entidad, o será igual la media de los aportes personales y contribuciones patronales de los afiliados titulares del sector público activo, el monto que resultare mayor. Dicha media de los Aportes Personales y Contribuciones Patronales surgirá de la siguiente operación: el total de los afiliados titulares del Sector Público Activo percibidas por el I.P.S. correspondientes al mes inmediato anterior, se dividirá por la cantidad de Afiliados Titulares del Sector Público Activo correspondiente a igual mes. Se aclara que la entidad deberá abonar en concepto de aporte o cuota mensual el monto que sea mayor.

Art. 12° - (Art. 21° a 33 Ley 7.127) Sin reglamentar.

Art. 13° - (Art. 34° Ley 7.127).

Los empleados de planta permanente del I.P.S., se encuentran sujetos al Estatuto del Empleado Público Provincial Ley 5.546/80, y todas sus modificaciones y reglamentaciones. Asimismo será de aplicación el Decreto N° 1.178/96, 2.489/96 y 4.118/97 (Régimen Escalafonario para agentes de la Administración General, Régimen de Licencias Justificaciones y Franquicias etc..).

Art. 14° - (Art. 35° a 40° Ley 7.127). Sin reglamentar.

Art. 15° - El presente Decreto será refrendado por el señor Ministro de Salud Pública y por el señor Secretario General de la Gobernación.

Art. 16° - Comuníquese, publíquese en el Boletín Oficial y archívese.

ROMERO – Mascarello - Medina