



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
1983/2023 - 40 AÑOS DE DEMOCRACIA

Informe

Número:

Referencia: ANEXO I -“PLAN DE PRESTACIONES DE SALUD PARA AFILIADOS DE LA SUPERINTENDENCIA DE BIENESTAR – PFA”

PLAN DE PRESTACIONES DE SALUD PARA AFILIADOS DE LA SUPERINTENDENCIA DE BIENESTAR – P.F.A.

TÍTULO I – DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1° - Objeto. El presente Plan de Prestaciones establece los lineamientos fundamentales para la estructuración del Sistema de Cobertura de Salud Integral para los afiliados de la Superintendencia de BIENESTAR de la POLICÍA FEDERAL ARGENTINA.

ARTÍCULO 2° - Finalidad. La cobertura de salud integral tiene por fin posibilitar a los afiliados el pleno goce del derecho a la salud sin discriminación social, económica, cultural o geográfica. El objetivo fundamental de la cobertura será proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que garanticen a los afiliados la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación.

ARTÍCULO 3° - Características Generales de la Cobertura.

a) **Marco normativo.** La cobertura de salud se hará efectiva mediante los diversos programas y prestaciones que sean establecidos en el ámbito de la Superintendencia de BIENESTAR a efectos de asegurar la misión establecida en el artículo 24 del Decreto Ley N° 333/58 (ratificado por Ley N° 14.467) y los derechos consagrados en el artículo 10 inciso f) y concordantes de la Ley N° 21.965, el artículo 31 del Decreto Ley N° 6.581/58 (ratificado por Ley N° 14.467), de conformidad con las disposiciones contenidas en la reglamentación aprobada por el Decreto N° 1866/83 y del presente.

Cabe agregar que la Superintendencia de BIENESTAR no se encuentra incluida en el sistema de Obras Sociales regulada por las Leyes N°23.660 y N°23.661 siendo actualmente definida como una Obra Social Estatal - a los efectos de la reglamentación general, fiscalización y contralor de su régimen de administración financiera-

asimilada a las entidades comprendidas en el artículo 8°, inciso c) de la Ley N° 24.156, bajo la fiscalización y control del MINISTERIO DE SEGURIDAD (conforme lo establece el Artículo 8° del Decreto N° 910/18 o la que en un futuro la reemplace a tales efectos)

b) Definiciones. A los efectos del presente Plan de Prestaciones de Salud serán aplicables las siguientes definiciones:

b.1) *Afiliado:* Toda persona humana que en virtud de las disposiciones de los artículos 808, 809, 810, 811, 813, 814 y 815 del Reglamento aprobado por el Decreto N° 1866/83 se encuentre incluida entre los sujetos con derecho a obtener una prestación, ya sea en calidad de afiliado obligatorio, voluntario y honorario, o como persona a cargo de cualquiera de tales categorías.

b.2) *Cobertura de Salud:* Universo de prestaciones para ser usufructuadas por el afiliado.

b.3) *Efectores:* toda dependencia, entidad, persona humana o jurídica que brinde una o varias prestaciones de salud a los afiliados de la Superintendencia de BIENESTAR. Propios: son aquellos que funcionan en el ámbito de la Superintendencia de BIENESTAR bajo la dependencia de la Dirección General de SANIDAD POLICIAL. Externos: son personas humanas o jurídicas ajenas a la Superintendencia de BIENESTAR vinculadas mediante una contratación o una modalidad prestacional de salud.

c) Programa Básico de Prestaciones (PBP). La Superintendencia de BIENESTAR garantizará a la totalidad de sus afiliados las prestaciones que el Programa Médico Obligatorio (PMO) impone a las Obras Sociales incluidas en el régimen de las Leyes N° 23.660 y 23.661, del que la Obra Social policial está excluida, a efectos de asegurar a dichos afiliados los principios de universalidad, igualdad y no discriminación en el acceso a la salud.

d) Actualización. El PBP queda supeditado automáticamente a las modificaciones que se introduzcan en el Programa Médico Obligatorio (PMO), actualmente consignado en la Resolución N° 201/02 del MINISTERIO DE SALUD y sus modificatorias; la Resolución N° 1991/05 del ex MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE y sus modificatorias y las leyes nacionales que han dispuesto la incorporación de prestaciones con posterioridad a las citadas resoluciones.

e) Copago: excepción. La cobertura de las prestaciones contenidas en el PBP será proporcionada a los afiliados sin arancelamiento a su costa, con excepción de las prestaciones de asistencia y tratamiento odontológico, como así también, artículos de óptica, de conformidad con la reglamentación específica emanada del titular de la Superintendencia de BIENESTAR. No se considera arancelamiento a cargo del beneficiario el porcentual del precio de adquisición de medicamentos que en función del Programa Médico Obligatorio (PMO) no tienen cobertura total por parte de la Obra Social, por lo cual, a los efectos del PBP, se adopta el mismo criterio.

f) Igualdad y solidaridad. No se efectuará diferenciación alguna respecto de la extensión de la cobertura de salud entre los distintos tipos de afiliados, salvo que una norma de superior jerarquía al presente contenga una exclusión expresa, la que deberá ser interpretada restrictivamente. En virtud del principio de solidaridad, los montos de reintegro y la ayuda financiera se definirán teniendo en cuenta la proporcionalidad y progresividad en relación con la situación socio- económica del afiliado y su grupo familiar.

g) Prestaciones Especiales y Complementarias. Se consideran especiales las prestaciones que se encuentran reguladas por un marco normativo no incluido expresamente en el Programa Médico Obligatorio (PMO), mientras que serán complementarias aquellas prestaciones que demanden la atención de aspectos de la salud no incluidas en el citado programa, ni en un régimen especial. Estas últimas se encuentran enunciadas en el artículo

15 del presente.

h) Publicidad. A los efectos de garantizar el derecho de información del afiliado y la accesibilidad a las prestaciones de la cobertura de salud, deberá publicarse en el sitio web de la Superintendencia de BIENESTAR y Orden del día Institucional el contenido completo de la cobertura de salud integrado por las prestaciones del PBP y las prestaciones complementarias.

ARTÍCULO 4° - Ámbito Territorial. La cobertura de salud a los beneficiarios de la Superintendencia de BIENESTAR se garantiza mediante las respectivas prestaciones a través de efectores asentados en cualquier punto del territorio nacional. A los efectos de la organización eficiente del sistema prestacional y dada la actual conformación de los efectores propios de la Superintendencia de BIENESTAR, se efectuará una delimitación funcional entre el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) y el resto del territorio para determinados aspectos de la cobertura.

ARTÍCULO 5° - Medios de Cobertura.

a) Efectores de Salud. La cobertura de salud se desarrollará por medio de efectores, los cuales si tienen relación de dependencia con algún órgano de la Superintendencia de BIENESTAR serán considerados “Efectores Propios”; caso contrario se los calificará como “Efectores Externos”.

b) Reintegro o subsidio. Si la Superintendencia de BIENESTAR no contare con efectores propios o externos para la prestación que requiera la atención de la salud del afiliado, podrá proveer la cobertura mediante el reintegro de lo abonado o brindando una asistencia económico-financiera al afiliado, sujeta a rendición documentada de cuentas, en el plazo de SETENTA Y DOS (72) horas desde el otorgamiento de los fondos y de conformidad con lo que se establece en el artículo 21.

c) Exclusividad. La disponibilidad de efectores de salud propios o externos determinará la exclusión de cualquiera de los restantes medios de cobertura.

d) Dependencia. La totalidad de efectores propios, con excepción del Servicio de Farmacia, funcionarán bajo la órbita de la Dirección General de SANIDAD POLICIAL. En el ámbito de la Dirección General de OBRA SOCIAL se gestionarán los efectores externos y el Servicio de Farmacia y Óptica, con efectores propios y/o externos.

ARTÍCULO 6° - Recursos Económicos y Financieros. La cobertura de salud debe ser garantizada de manera sustentable y con una eficiente y eficaz administración de los recursos económicos y financieros, tanto en oportunidad de su planificación, como de su programación y ejecución, en concordancia a lo establecido en el Régimen de Administración Financiera de la Superintendencia de BIENESTAR.

TITULO II – ASISTENCIA MÉDICA, ODONTOLÓGICA Y FARMACIA.

CAPÍTULO I – ASISTENCIA MÉDICA Y ODONTOLÓGICA.

ARTÍCULO 7° – Asistencia Médica. Comprende la totalidad de los aspectos de atención que la salud demanda desde el punto de vista de la medicina tanto en lo que hace al diagnóstico, tratamiento, internación, intervenciones y rehabilitación.

ARTÍCULO 8° - Clasificación. A los efectos de la atención médica se identifican tres niveles de atención, en función de los cuales se clasificarán los Efectores de Salud:

a) Nivel I: son aquellos efectores que se ocupan de la atención médica integral y continua del paciente.

b) Nivel II: son aquellos efectores que se ocupan de la atención diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación en función de la complejidad del padecimiento del paciente.

c) Nivel III: efectores de Alta Especialidad que cuentan con capacidad tecnológica y máxima resolución diagnóstica y terapéutica en los que se atienden las situaciones de pacientes que no pueden ser canalizadas en los establecimientos del Nivel II.

Las prestaciones incluidas en cada nivel se encuentran detalladas en el Programa Básico de Prestaciones el cual deberá publicarse para conocimiento de los afiliados en la página web de la Superintendencia de BIENESTAR.

ARTÍCULO 9° – Organización. A los efectos de la cobertura de las prestaciones en función de la clasificación antes expuesta, se establece lo siguiente:

a) Niveles I y II: la cobertura se atenderá de la siguiente manera:

AMBA. La demanda prestacional en estos niveles se cubrirá con Efectores Propios o Externos.

Resto del País. La demanda se cubrirá con Efectores Externos.

b) Nivel III: se cubrirá exclusivamente mediante el traslado del afiliado a la sede del Complejo Médico CHURRUCA – VISCA como Efector Propio de máxima complejidad, independientemente del lugar en que se encuentre alojado el afiliado. Sólo podrá ser cubierto con un Efector Externo cuando situaciones de urgencia y/o riesgo de vida impidieran su traslado, cuando el servicio no pudiese ser brindado por el efector propio o bien si como resultado de un análisis económico financiero de la práctica a realizar resultare, a criterio de la Superintendencia de BIENESTAR, significativamente más oneroso su traslado al Complejo Médico.

ARTÍCULO 10 – Atención Odontológica. La atención odontológica en el ámbito de CABA-AMBA se efectuará con Efectores Propios juntamente con Efectores Externos, mientras que en el resto del país sólo con Efectores Externos.

CAPITULO II – FARMACIA, AUDIOLOGÍA Y ÓPTICA

ARTÍCULO 11 – Contenido. Este servicio comprende la cobertura de medicamentos, aparatos para audición y anteojos recetados, de conformidad con lo establecido en el PBP, en función de los porcentuales limitantes establecidos en la normativa interna de la SB.

ARTÍCULO 12 – Efectores. Los medicamentos denominados como de Alto Costo incluidos en el Programa Básico de Prestaciones (PBP) se cubrirán exclusivamente por Efector Propio (División FARMACIA – Dirección General de OBRA SOCIAL).

En cuanto a los restantes medicamentos, para los beneficiarios que residan o se encuentren en tránsito en la Ciudad de Buenos Aires, se cubrirá mediante Efector Propio en cualquiera de sus sedes (Complejo Médico Churruca Visca o Departamento Central de Policía) o Efectores Externos (Farmacias Adheridas). Para el resto del país la cobertura se hará exclusivamente mediante Efectores Externos.

CAPÍTULO III – FACILIDADES DE PAGO.

ARTÍCULO 13– Procedencia. Los importes en concepto de copago por la Asistencia Odontológica o de porcentual a su costa en la adquisición de medicamentos y artículos de óptica, el beneficiario podrá optar por abonarlos en UN (1) pago sin costo de financiación, mediante descuento en los haberes del titular.

TÍTULO III – PRESTACIONES ESPECIALES Y COMPLEMENTARIAS.

ARTÍCULO 14 – Prestaciones Especiales para Personas con Discapacidad. La Superintendencia de BIENESTAR garantizará en forma total la cobertura de las Prestaciones Básicas, los Servicios Específicos, los Sistemas Alternativos al grupo familiar establecidas en la Ley N° 24.901 y las Prestaciones Complementarias para la asistencia a las Personas con Discapacidad, vinculados a la patología contemplada en el Certificado Único de Discapacidad (CUD) en función de lo establecido en el artículo 807 inciso c) del Decreto N° 1866/83.

La cobertura se efectuará con Efectores Propios o Externos en función de lo que determine el área competente de la Superintendencia de BIENESTAR.

Artículo 15 - Prestaciones Complementarias. Se establecen taxativamente las prestaciones complementarias que a continuación se enumeran, las cuales serán otorgadas con carácter excepcional:

a) Adultos Mayores:

a.1) Cuidado domiciliario mediante la asignación de una persona al cuidado del adulto mayor.

a.2) Internación geriátrica.

b) Acompañante terapéutico: para los supuestos vinculados con el tratamiento de la salud mental y de las adicciones en particular.

c) Cobertura de Medicamentos de alto costo.

Estas prestaciones serán otorgadas por la Dirección General de OBRA SOCIAL, previo dictamen de la División JUNTA DE EVALUACIÓN DE BENEFICIOS, con excepción de aquellas contempladas en el artículo 14, conforme los parámetros y requisitos establecidos en el “INSTRUCTIVO DE PROCEDIMIENTO INTERNO DE LA DIVISIÓN JUNTA DE EVALUACIÓN DE BENEFICIOS”.

Dichas prestaciones podrán ser atendidas mediante reintegro total o parcial de gastos o asistencia económico-financiera al afiliado.

ARTÍCULO 16– Registro de Prestaciones. En el ámbito de la Dirección General de OBRA SOCIAL deberá llevarse un Registro Único Electrónico sobre la totalidad de prestaciones otorgadas y rechazadas, incluyendo las que se garanticen mediante reintegro de gastos o asistencia económico- financiera.

A los efectos de la registración deberán consignarse los datos completos del afiliado, el tipo de prestación, su modalidad de cumplimiento, el efector interviniente, la fecha o período de cumplimiento, el monto consumido, todo ello con una modalidad que permita el procesamiento informático de los datos consignados a los efectos de poder llevar a cabo estudios estadísticos y estimaciones relativas al funcionamiento del sistema prestacional,

debiendo quedar plasmado en la historia clínica.

TÍTULO IV – EFECTORES EXTERNOS.

ARTÍCULO 17 – Concepto. Los Efectores Externos son aquellos prestadores de servicios de salud ajenos a la Superintendencia de BIENESTAR que al momento de efectuar una prestación se encuentran vinculados por medio de una contratación de bienes o servicios o por adhesión al Sistema de Prestadores.

ARTÍCULO 18 – Sistema de Prestadores. En este sistema ingresan todas aquellas personas humanas o jurídicas que deseen brindar servicios de atención médica, odontológica, oftalmológica, prácticas médicas, suministro de medicamentos o cualquiera otra prestación incluida en el PBP o en las Prestaciones Complementarias (artículo 15), en las condiciones que la Superintendencia de BIENESTAR establecerá, de conformidad con las facultades asignadas por el reglamento aprobado por el Decreto N° 1866/83.

TÍTULO V – REINTEGRO Y ASISTENCIA ECONÓMICO-FINANCIERA.

ARTÍCULO 19 – Concepto. El reintegro de gastos y la asistencia económico- financiera en materia de prestaciones de salud integral son modalidades supletorias para la atención de situaciones prestacionales en las cuales la Superintendencia de BIENESTAR no cuente con Efectores Propios o Externos.

ARTÍCULO 20 – Procedencia. El reintegro de gastos total o parcial procederá únicamente cuando el interesado acredite haber hecho efectivo el pago de la suma que pretende recuperar, debiendo acreditar el pago total.

ARTÍCULO 21 – Rendición documentada. Tanto la tramitación del reintegro como la aplicación de los fondos otorgados como asistencia económico-financiera exigen la rendición documentada del gasto.

La omisión de la rendición documentada en el plazo de SETENTA Y DOS (72) horas desde su otorgamiento, acarreará las siguientes consecuencias:

- a) Reintegro: desestimación de la solicitud y archivo definitivo de las actuaciones administrativas.
- b) Asistencia económico-financiera: declaración de caducidad por incumplimiento grave y acción judicial de recupero de los fondos con más sus accesorios y costas contra el beneficiario y el afiliado principal solidariamente en caso de no resultar ambos la misma persona.

ARTÍCULO 22 – Determinación del monto. El monto máximo de reintegro o asistencia económico-financiera se determinará en función de las siguientes circunstancias:

- a) Prácticas incluidas en el PBP pero carentes de efector propio o externo en la Superintendencia de BIENESTAR: hasta el porcentual de cobertura que para esa prestación tenga establecido el Programa Médico Obligatorio (PMO), tomándose como valor de referencia el consignado en la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD para el Sistema de Obras Sociales. En defecto de ello, la determinación deberá efectuarse de conformidad con lo establecido sobre el supuesto siguiente.
- b) Prácticas no incluidas en el PBP: se tomará en consideración la situación socio-económica y especialmente el

ingreso por todo concepto del beneficiario y el afiliado principal si no resultaren la misma persona, considerándose para el caso de haberes, el importe bruto deducidos los descuentos obligatorios.

En todos los casos deberá observarse el resguardo de las sumas que compongan el monto equivalente a un Salario Mínimo, Vital y Móvil si la persona no tiene cargas de familia o dos salarios si las tuviere.

Los beneficios que otorgue la obra social en concepto de medicamentos de alto costo y ayuda por gastos de geriatría se regirán de acuerdo al Instructivo de la División Junta de Evaluación de Beneficios que regula las “Prestaciones Complementarias”.

c) Valoración objetiva. Los costos de las prestaciones objeto de reintegro o asistencia económico-financiera deberán estar avalados por elementos objetivos que demuestren la razonabilidad de su cuantía, tales como presupuestos alternativos, estimaciones basadas en antecedentes análogos o similares o cualquier otra modalidad econométrica.

TÍTULO VI - PROCEDIMIENTOS Y CIRCUITOS.

ARTÍCULO 23 – Buenas Prácticas. Circuitos. La accesibilidad a las prestaciones básicas deberá estar organizada de manera tal que el beneficiario realice la menor cantidad de diligencias, evitando en lo posible la comparecencia personal. Se deberá fomentar el uso de las nuevas tecnologías de información y comunicación y la plataforma a distancia.

Para las prestaciones básicas totalmente regladas deberán establecerse circuitos de autorización expeditivos, sin requerimiento de documentación al interesado que la dependencia pueda obtener de manera oficiosa o por constar en registros propios o de otros organismos públicos y fomentando el uso de formularios predeterminados o de plataformas virtuales.

ARTÍCULO 24 - Actos Administrativos. En aquellas solicitudes que tengan por objeto prestaciones no regladas en el presente Plan de Prestaciones y que revistan el carácter de excepcionales, la División JUNTA DE EVALUACION DE BENEFICIOS deberá dar intervención al Servicio Jurídico permanente de la Superintendencia de BIENESTAR, adjuntando a las actuaciones la totalidad de los antecedentes e informes pertinentes, a fin de producir el dictamen de su competencia, previo al dictado de la resolución administrativa por parte de la autoridad competente.

ARTÍCULO 25 – Certificación Económico-Financiera. Ningún acto administrativo será válidamente emitido sin la previa constatación de disponibilidad de crédito presupuestario para hacer frente a la medida que se propicia.

El incumplimiento de lo aquí establecido constituirá falta grave de los agentes y/o funcionarios responsables de tal omisión.

ARTÍCULO 26 – Resoluciones Judiciales. Notificada una resolución judicial de carácter cautelar o definitivo que imponga una determinada prestación a cargo de la Superintendencia de BIENESTAR, certificado que sea por el Servicio Jurídico el carácter perentorio de tal requerimiento y la improcedencia de impugnaciones, deberá disponerse la intervención de la Dirección del COMPLEJO MEDICO CHURRUCA VISCA y del Departamento ATENCION EXTRAHOSPITALARIA de la Dirección General de OBRA SOCIAL para la determinación de la

modalidad apropiada de cumplimiento, con la intervención de la Dirección General de ADMINISTRACION FINANCIERA a los efectos de asegurar el financiamiento respectivo.

En todos los casos de acciones de esta naturaleza, se deberá proceder a su registro en el SISTEMA INFORMÁTICO DE REGISTRO DE AMPAROS DE SALUD (S.I.R.A.S.) conforme lo dispuesto en la Resolución N° RESOL-2021-1024-APN-SB#PFA, siguiendo el circuito administrativo pertinente.

TITULO VII – CONTROL DE LAS PRESTACIONES

ARTÍCULO 27– La Superintendencia de BIENESTAR efectuará el control de las prestaciones de salud y asistenciales enunciadas en el presente Plan -a través de las Dependencias que estime pertinente-, tanto en aquellas brindadas en el marco de la Dirección General de SANIDAD POLICIAL como de la Dirección General de OBRA SOCIAL, con el objeto de asegurar el efectivo cumplimiento de las obligaciones asumidas por los efectores propios y externos, proveedores y/o beneficiarios de todo el país. A tal fin, establecerá mecanismos de control que deberán integrarse a los procesos, los cuales estarán orientados a alcanzar la mayor eficiencia en términos económicos y de calidad de servicios en un marco de la optimización de los recursos.

ARTÍCULO 28 – Auditorías de terreno. Con el objeto de identificar desvíos en las prestaciones y asimismo evaluar la necesidad de su continuidad, se realizarán auditorías de terreno en los centros de internación externos así como en los casos de internaciones domiciliarias. A tal fin, los profesionales que realicen esta tarea deberán tener a diario el listado de beneficiarios internados en efectores externos y pacientes con internación domiciliaria vigente. La periodicidad de las auditorías no podrá ser mayor a los seis meses y será requisito para la renovación del servicio.

ARTÍCULO 29– Control de la calidad del servicio brindado. A efectos de asegurar una adecuada prestación del servicio, toda atención médica al afiliado por parte de efectores propios y/o en las sedes de la División FARMACIA, deberá incorporarse a un registro para control de asistencia a la práctica médica y/o la obtención de medicamentos u otros productos. Para ello podrá utilizarse el sistema informático de la Superintendencia, o herramienta similar que permita administrar la información en línea y guardar un historial de registros.

Dicha acción deberá generar en forma automática la emisión de un formulario al correo electrónico o dispositivo móvil del afiliado conteniendo una encuesta de satisfacción sobre la calidad del servicio recibido en cuanto a tiempos de espera, tiempos en la asignación de turnos, atención por parte del profesional, entre otros aspectos susceptibles de medición, que permitan evaluar la calidad del servicio. La Superintendencia de BIENESTAR creará un registro específico que deberá contener los resultados de esta operatoria, el cual se encontrará disponible para ser fiscalizado por la Superioridad u Órganos de Control Interno.

En relación a los servicios brindados por efectores externos así como por otras áreas de la Obra Social, la emisión del mencionado formulario se generará al momento de efectuar la carga de la prestación al sistema.

ARTÍCULO 30 – Registro de reclamos. A fin de generar un control por oposición a la vez que incorporar un canal de comunicación con los afiliados, se creará un registro de sugerencias digital en la página web de la Superintendencia de BIENESTAR o el sitio que la Superioridad disponga en el futuro, al cual cada afiliado podrá ingresar. En el mismo podrá registrar, por área temática, los reclamos, sugerencias y/u oportunidades de mejora en el servicio, que considere oportunas.

Cada trámite ingresado generará un UNICO número de gestión de manera que permita su seguimiento. De la implementación de esta actividad se deberá dar la debida publicidad a la totalidad del padrón de afiliados.

ARTÍCULO 31 – Gestión de reclamos. La Superintendencia DE BIENESTAR designó a la División GESTIÓN ADMINISTRATIVA la competencia realizar la evaluación y seguimiento de los trámites producidos en el marco de los dos artículos anteriores. La misma recibirá la totalidad de los formularios y trámites ingresados y los gestionará a fin de lograr la resolución de cada caso. Esa gestión y resolución deberá quedar plasmada en el registro que da origen a las mismas, a fin de propiciar su seguimiento.

ARTÍCULO 32 – Control por oposición y comunicación. El control por oposición lo efectuará la Superintendencia de ASUNTOS INTERNOS E INSPECTORIA GENERAL a través de la COORDINACIÓN DE INSPECTORÍA GENERAL, para lo cual la Superintendencia de BIENESTAR informará las evaluaciones, reclamos y sugerencias recibidas en el contexto del presente Título, así como las acciones y gestiones realizadas tendientes a su resolución, a requerimiento de la citada COORDINACION.

ARTÍCULO 33 - La implementación de los controles previstos en este Título deberá encontrarse en pleno funcionamiento como máximo en el plazo de un año desde la aprobación del presente Plan.

ARTÍCULO 34 – Uso, abuso y fraude a la Obra Social. La Obra Social pone a disposición de los afiliados, todos los recursos humanos y materiales para ser utilizados acorde a las necesidades que surjan de las indicaciones realizadas por los profesionales de la salud, las cuales deberán estar ajustadas a las buenas prácticas médicas y la medicina basada en la evidencia.

Los profesionales no podrán excederse de lo establecido por la normativa vigente, adecuando además el criterio médico y garantizando la calidad de la atención médica.

El beneficiario deberá utilizar los recursos con los cuales cuenta para la resolución de sus problemas de salud de manera racional, ajustándose estrictamente a las indicaciones médicas y reglamentaciones administrativas, a efectos de evitar el abuso en la utilización de los mismos y fraude para el caso de inconvenientes con los documentos (carnet, órdenes de estudios, etc.) que presenten irregularidades tanto en la identificación como en la prescripción profesional, bajo apercibimiento de adoptar las medidas disciplinarias correspondientes y en su caso dar inicio a las acciones judiciales pertinentes.