

Cobertura Prestacional

Programa Médico Obligatorio (PMO)

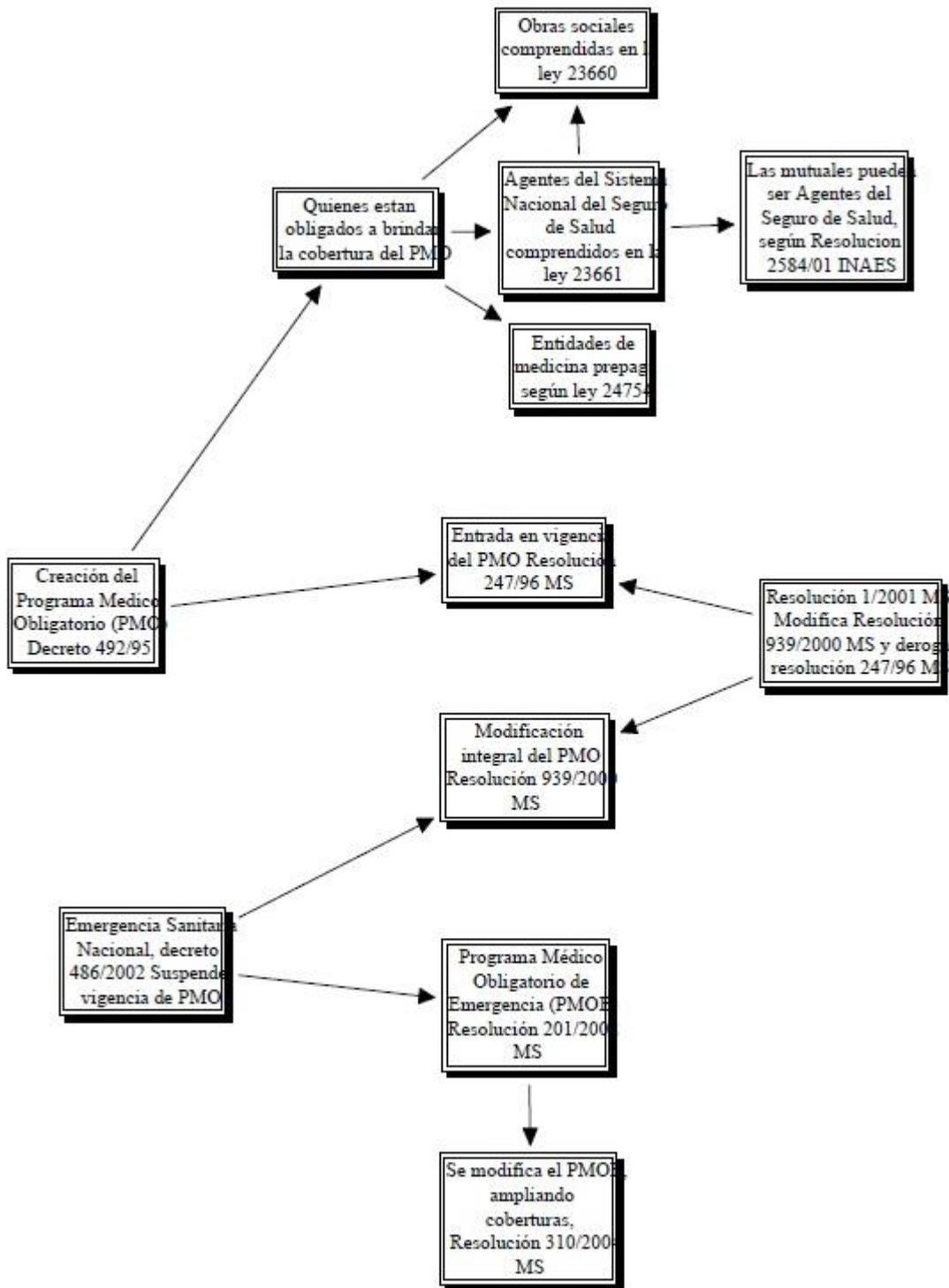
Introducción

En cumplimiento del Decreto 492/95, el Ministerio de Salud y Acción Social aprobó a través de la Secretaría de Políticas de Salud y Regulación Sanitaria el programa de prestaciones médico-asistenciales bajo la denominación de Programa Médico Obligatorio –PMO- como un listado de las prestaciones que obligatoriamente deben brindar las obradoras nacionales.

En el mismo sentido, por el citado decreto se creó en el ámbito de la Secretaría de Políticas de Salud y Regulación Sanitaria, una Comisión técnica del PMO con el objetivo de formular dicho programa y dictar las normas reglamentarias necesarias para su ejecución.

El PMO entró en vigencia a partir de la publicación de la Resolución (MS) N° 247 del año 1996 y posteriormente se fueron dictando sucesivas modificaciones.

Aclaración Previa: Las Obras Sociales de las Universidades Nacionales se encuentran excluidas del régimen general de obras sociales instituido por la Ley N° 23.660 y sus modificatorias y normas reglamentarias, conforme lo dispuesto por la Ley N° 23.890. No obstante ello se agrega la citada normativa a fines informativos para lograr una acabada comprensión del sistema, teniendo en cuenta que la RESOLUCIÓN 232/2000 de la Superintendencia de Servicios de Salud (Resolución que crea el Registro Especial de Obras Sociales Universitarias) establece los requisitos y procedimientos para la inscripción y control de dichas obras sociales, y entre los mismos establece en su Anexo I que "1. Las Obras Sociales Universitarias a los efectos de su inscripción en el Registro habilitado a tal fin deberán ajustar sus presentaciones a las normas que se detallan a continuación: ... i) Adecuación de las prestaciones médico asistenciales que brinda al Programa Médico Obligatorio. ..."



PMO-MODIFICACIÓN INTEGRAL DEL PROGRAMA ¹

En los considerandos de la Resolución 939/2000 se expresa que si bien el PMO aprobado por Resolución 247/96 MSyAS estableció el conjunto de prestaciones a que tiene derecho todo beneficiario de la Seguridad Social, uniformando el criterio prestacional, la experiencia recogida desde el inicio permitió advertir la necesidad de realizar correcciones y ajustar su contenido señalando prioridades claras de prevención y uso racional de los recursos.

Por lo que resultó necesario redefinir el modelo asistencial, detallar las acciones de prevención, precisar el menú de las prestaciones incluidas y reformular el régimen de coseguros. Se puntualiza que debido al carácter dinámico del conocimiento científico debe quedar garantizado el mecanismo de actualización del PMO, estableciendo una metodología de análisis para la incorporación de tecnologías. Y dado que las dificultades financieras son un dilema mundial, la solución podría plantearse en los términos de la prevención del rigor científico sustentable de las prácticas a financiar y el Modelo de Atención.

Al implementar este Modelo se busca desarrollar una tarea asistencial eficiente uniendo a la clásica actitud médica-asistencial, un accionar preventivo y lograr un mejor aprovechamiento del recurso disponible. Este cambio gradual de Modelo requiere por ejemplo, la incorporación a este Programa de "Las Guías de Orientación para el Diagnóstico y Tratamiento de los motivos de Consulta prevalentes en la Atención Primaria" de la salud como forma de Orientación para la asistencia

Se incluyen los Programas de Prevención para el Cáncer de Mama y de Cuello de Útero, el Plan Materno Infantil y el Examen de la Persona Sana por Sexo y Década de vida. Se ve la necesidad de definir las prácticas incluidas en el PMO en un Catálogo de prestaciones a brindar por los Agentes de Seguro. El mismo es la resultante del análisis del tradicional NOMENCLADOR nacional (derogado) pero orientador aún hoy en la administración del sistema.

Asimismo se conforma una Comisión Asesora para valorar la evidencia que respalde la incorporación o eliminación de una determinada tecnología del Programa. Siendo el objetivo principal la racional utilización de los recursos, hay que jerarquizar las modalidades asistenciales que consideren al ser humano en su dimensión individual y familiar. Respetando a los enfermos terminales, promover programas que contemplen el derecho a una muerte digna.

Es necesario reformular el capítulo de Atención Odontológica y especificar rubros no abordados por el PMO hasta el momento como: Óptica, Audiología, Foniatría y Psicopedagogía.

Esta reforma del PMO ha sido encarada de un modo participativo guiada por una línea política definida:

- .privilegiar la prevención
- .generalizar la estrategia de Atención Primaria
- .profundizar el criterio de equidad

Y en razón de haber transcurrido el plazo estipulado por el artículo 2do. de la Resolución 939/2000 por el cual

¹Fuente: *Honorable Cámara de Diputados de la Nación - Secretaría Parlamentaria - DIRECCION DE INFORMACION PARLAMENTARIA, en "RESEÑA DE LEGISLACION PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO - Legislación Nacional vigente"*

los Agentes del Seguro disponen de un plazo de hasta 60 días para incorporar en sus contratos e implementar las modificaciones prestacionales dispuestas en la presente se derogó expresamente la Resolución 247/96 del Ex Ministerio de Salud y Acción Social y se aprueban nuevas modificaciones mediante la Resolución 1/2001MS.

RESOLUCIÓN 939/2000 MS (24/10/2000) B.O.: 07/11/2000: Suplemento Se aprueba el Programa Médico Obligatorio para los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el Artículo 1º de la ley 23.660, el Catálogo de Prestaciones de dicho programa y las Guías de Orientación para el Diagnóstico y Tratamiento de los Motivos de Consulta Prevalentes en la Atención Primaria de la Salud. Creación de la Comisión Asesora para la Evaluación y Actualización del Programa Médico Obligatorio.(3 Anexos).

RESOLUCIÓN 1/2001 MS (08/01/2001) B.O.: 10/01/2001: Se aprueban las modificaciones del Anexo I y II de la Resolución 939/00 MsyAS Se incorpora al Anexo III de la Resolución 939/00 "Guías de Orientación para el Diagnóstico y Tratamiento de los Motivos de Consulta Prevalentes en la Atención Primaria de la Salud" la Guía correspondiente a Obesidad que como Anexo III forma parte de la presente Resolución. Derogación de la Resolución 247/96 MsyAS

RESOLUCIÓN 45/2001 MS (15/01/2001) B.O.: 18/01/2001: Se modifica la Resolución 1/2001 MS, con el fin de modificar errores en su confección.

RESOLUCIÓN 1991/2005 MSyA (28/12/05) B.O.: 5/1/06: Apruébanse como parte integrante del Programa Médico Obligatorio las previsiones de la Resolución N.º 201/2002. Se derogan las Resoluciones 939/00MS, 1/01-MS y 45/01-MS.

EMERGENCIA SANITARIA NACIONAL

DECRETO 486/2002 (12/03/2002) B.O.: 13/03/2002

Se declara la misma hasta el 31/12/2002, a efectos de garantizar a la población argentina el acceso a los bienes y servicios básicos para la conservación de la salud. Se faculta al Ministerio de Salud para instrumentar las políticas respectivas como para dictar las normas aclaratorias y complementarias para la ejecución del presente. (...)

CAPITULO IV: SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD

TITULO I

GARANTÍA DE LAS PRESTACIONES BÁSICAS ESENCIALES

Art. 18. — Facúltase al MINISTERIO DE SALUD para definir, dentro de los TREINTA (30) días de la vigencia del presente, en el marco del Programa Médico Obligatorio (PMO) aprobado por Resolución del citado Ministerio N° 939 del 24 de octubre de 2000 y sus modificatorias, las prestaciones básicas esenciales a las que comprende la emergencia sanitaria. A esos fines se considerarán prestaciones básicas esenciales las necesarias e imprescindibles para la preservación de la vida y la atención de las enfermedades, las que deben garantizar como prioridad el SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD y el INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS, mientras subsista la situación de emergencia.

Art. 19. — Las respectivas autoridades de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y del INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS, quedan facultadas para programar en forma independiente, el orden de prioridades de la cobertura de aquellas prestaciones no alcanzadas por la definición a que se refiere el artículo precedente, conforme evolucione la situación de emergencia.

Art. 20. — La incorporación de nuevos medicamentos, procedimientos terapéuticos y tecnologías médicas a cargo del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD queda sujeta a la autorización por Resolución Conjunta

de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y de la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGÍA MEDICA (ANMAT), de conformidad con lo que determine la normativa que dicte, en el plazo de TREINTA (30) días, el MINISTERIO DE SALUD.

(...)

DECRETO 2724/02: 31/12/2002 B.O: 09/01/2003

Se prorroga hasta el 10/12/2003 la Emergencia Sanitaria Nacional. Se prorroga hasta la misma fecha las Resoluciones 201/2002 MS por la que se aprobó el Programa Medico Obligatorio de Emergencia (PMOE), 326/2002 MS por la que se estableció en forma obligatoria la prescripción y dispensa por nombre genérico de los medicamentos y la Resolución 798/2002 MS por la que se suspendió la vigencia de la Resolución 488/2002 MS, así como toda otra norma reglamentaria o aclaratoria del Decreto 486/2002.

EMERGENCIA SANITARIA NACIONAL

DECRETO 1210/2003 (10/12/2003) B.O 15/12/2003

Se prorroga hasta el 31/12/2004 la Emergencia Sanitaria Nacional con excepción de los artículos 8 y 9 del Decreto 486/2002 y se prorroga por 180 días el Programa Medico Obligatorio de Emergencia aprobado por Resolución 201/2002 MS

(...)

Art. 5° — Prorrógase por el término de CIENTO OCHENTA (180) días el PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO DE EMERGENCIA.

Art. 6° — Instrúyese a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD para que dentro del plazo de CIENTO SETENTA (170) días eleve al MINISTERIO DE SALUD la propuesta de un PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO, que observe los mecanismos de discusión y consenso fijados por la Resolución N° 939 del 24 de octubre de 2000 del MINISTERIO DE SALUD.

(...)

RESOLUCIÓN 64/2004 (30/01/2004) B.O.: 06/02/2004 Avs. Ofs.

Se crea una Comisión Técnica para el análisis y la eventual modificación del Programa Medico Obligatorio que deberá elaborar, para el día 15/03/2004, un borrador de propuesta para su análisis en los términos del artículo 6 del decreto 1210/2003.

DECRETO 756/2004 (17/6/2004) B.O.: 28/6/2004

Emergencia Sanitaria Nacional: transferencia de bienes de capital de uso sanitario.

(...)

Art. 3° — Prorrógase hasta el 31 de diciembre de 2004 el plazo otorgado a la Comisión Asesora creada por el artículo 4° del Decreto N° 1210 de fecha 10 de diciembre de 2003, para que eleve al MINISTERIO DE SALUD el informe que contemple la situación de endeudamiento sectorial público y privado, con énfasis en el ámbito prestacional, y las alternativas para la regularización de las acreencias de los prestadores del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, a excepción del INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS.

Art. 4° — Prorrógase hasta el 31 de diciembre de 2004 el PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO DE EMERGENCIA.

Art. 5° — Instrúyese a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD para que al 1° de diciembre de 2004 eleve al MINISTERIO DE SALUD la propuesta de un PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO, que observe los mecanismos de discusión y consenso fijados por la Resolución del MINISTERIO DE SALUD N° 939 del 24 de octubre de 2000 y sus modificatorias.

PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO DE EMERGENCIA

RESOLUCIÓN 201/2002 MS (09/04/02) B.O.: 19/04/2002

Se aprueba el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) integrado por el conjunto de prestaciones básicas esenciales garantizadas por los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el artículo 1° de la ley 23.660.

RESOLUCIÓN 310/2004 MS (07/04/04) B.O.: 15/04/2004 (Suplemento)

Modificación de la Resolución 201/2002, mediante la cual se aprobó el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) integrado por el conjunto de prestaciones básicas esenciales garantizadas por los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el Artículo 1° de la Ley N° 23.660

RESOLUCIÓN 758/04 M.S (26/07/2004) B.O: 03/08/2004.

Modifícase las Res 201/02 MS y 310/04 MS en relación con las altas o bajas, tanto de principios activos como de precios, en las coberturas de medicamentos para los beneficiarios del Programa Médico Obligatorio de Emergencia.

RESOLUCIÓN 82/2005 M.S.A (26/1/2005) B.O: 31/01/2005

Excluyese de los Anexos III y IV de la Resolución 201/2002-MS al principio activo Rofecoxib, en todas sus modalidades y presentaciones Sustitúyense los Artículos 4 8º de la Resolución 758/2004-MS.

RESOLUCIÓN 752/2005 M.S.A (4/7/2005) B.O: 08/07/2005

Programa Médico Obligatorio. Actualización. Incorpóranse principios activos, formas farmacéuticas y presentaciones a la Resolución 201/2002, modificada por las Resoluciones 310/2004 y 758/2004.

RESOLUCIÓN 1747/2005 MSA (2/12/2005) B.O: 07/12/2005

Modifícase la Resolución 201/2002, mediante la cual se aprobó el Programa Médico Obligatorio Emergencia.

RESOLUCIÓN 468/2005 SSS (20/7/2005) B.O: 22/07/2005.

Profesionales farmacéuticos Inscripción de profesionales farmacéuticos prestadores en el Registro de la Superintendencia de Servicios de Salud. Requisitos. Apruébanse las Guías de Información Adicional para la Receta y la de Contratos de prestaciones farmacéuticas.

(...)

“Art. 2º — Dentro del plazo de ciento ochenta (180) días, los establecimientos farmacéuticos que suscriban contratos de prestación de servicios farmacéuticos con los Agentes del Seguro de Salud, deberán estar inscriptos en el Registro de Prestadores de este Organismo.

Art. 3º — Dentro del plazo de ciento ochenta (180) días, las redes de prestadores que suscriban contratos de prestación de servicios farmacéuticos con los Agentes del Seguro de Salud, deberán estar inscriptos en el Registro de Prestadores de este Organismo.”

PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO DE EMERGENCIA

RESOLUCIÓN 163/2002 SSS (07/05/02) B.O.: 13/05/02

Se establece que los descuentos en medicamentos en la modalidad ambulatoria solo serán reconocidos y aplicados por los agentes del seguro de salud cuando las recetas se emitan por nombre genérico del principio activo en el marco de la emergencia sanitaria dispuesta por el decreto 486/2002

RESOLUCIÓN 326/2002 MS (03/06/2002) B.O 07/06/2002.

Se establece que toda receta y/o prescripción médica u odontológica debe efectuarse expresando el nombre genérico del medicamento en el marco de la emergencia sanitaria dispuesta por decreto 486/2002.

PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO DE EMERGENCIA

RESOLUCIÓN 674/2003 SSS (08/09/2003) B.O 23/09/2003.

Altas, bajas y modificaciones en las prestaciones garantizadas en los anexos II, III Y IV del Programa Médico obligatorio. Se deroga el artículo 4 de la Resolución 454/2002 SSS y el Anexo I allí dispuesto.

RESOLUCIÓN 757/2004 SSS.(05/10/2004) B.O: 25/10/2004

Propuestas de incorporación de prácticas, programas y/o medicamentos al Programa Médico Obligatorio. Evaluaciones efectuadas hasta el momento y con dictamen favorable.

RESOLUCIÓN 1991/2005 MSyA (28/12/05) B.O.: 6/1/06 (publicado nuevamente 6/1/2006)

Apruébanse como parte integrante del Programa Médico Obligatorio las previsiones de la Resolución Nº

201/2002. Incorpórese en el Anexo II de la Resolución Nº 201/02-MS, las prestaciones y modalidades

establecidas en el Anexo I de la presente. Incorpórese en el Anexo IV de la Resolución Nº 201/02-MS, los

productos medicinales y modalidades establecidas en el Anexo II de la presente. El PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO a que refiere la presente resolución comenzará a regir a partir del 1º de enero de 2006. Se somete a consideración del CONSEJO NACIONAL CONSULTIVO DE SALUD previsto en el artículo 5º del Decreto 2724/02, la propuesta de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD de un nuevo modelo de Atención Sanitaria a incorporar en el PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO. Para ello, contará con un plazo máximo de NOVENTA (90) días. Se derogan las Resoluciones 939/00MS, 1/01-MS y 45/01-MS.

INCORPORACIÓN DE PRESTACIONES AL PMO

LEY 24.455 - Prestaciones obligatorias que deberán incorporar aquellas recipendarias del fondo de redistribución de la Ley N°23.661.

Incorporación a las prestaciones obligatorias de las obras sociales de cobertura medica, asistencia psicológica y farmacológica a los enfermos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y drogodependientes. Todas las obras sociales y asociaciones de obras sociales del sistema nacional incluidas en la ley 23660 (obras sociales), recipendarias del fondo de redistribución de la ley 23.661 (Sistema Nacional de Salud), deberán incorporar como prestaciones obligatorias la cobertura mencionada. los tratamientos de desintoxicación y rehabilitación mencionados en los artículos 16, 17, 18 y 19 de la ley 23.737 (estupefacientes)

Sanción: 08/02/1995

Promulgación: 305/95 01/03/95

B.O.: 08/03/1995

ARTICULO 1º— Todas las Obras Sociales y Asociaciones de Obras Sociales del Sistema Nacional incluidas en la Ley 23.660, recipendarias del fondo de redistribución de la Ley 23.661, deberán incorporar como prestaciones obligatorias:

- a) La cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas infectadas por algunos de los retrovirus humanos y los que padecen el síndrome de inmuno deficiencia adquirida (SIDA) y/o las enfermedades intercurrentes;
- b) La cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas que dependen física o psíquicamente del uso de estupefacientes;
- c) La cobertura para los programas de prevención del SIDA y la drogadicción.

ARTICULO 2º— Los tratamientos de desintoxicación y rehabilitación mencionados en los artículos 16, 17, 18 y 19 de la Ley 23.737 deberán ser cubiertos por la obra social de la cual es beneficiaria la persona a la que se le aplica la medida de seguridad curativa. En estos casos el Juez de la causa deberá dirigirse a la obra social que corresponda a fin de indicarle la necesidad y condiciones del tratamiento.

ARTICULO 3º— Las obras sociales, junto con el Ministerio de Salud y Acción Social elaborarán los programas destinados a cubrir las contingencias previstas en el artículos 1 de la presente. Estos deberán ser presentados a la ANSSAL para su aprobación y financiación, rigiendo su obligatoriedad a partir de ellas.

La no presentación en tiempo y forma de los programas previstos generará las sanciones que prevén las leyes 23.660 y 23.661.

ARTICULO 4º— El control del cumplimiento de los recaudos exigidos en el artículo 1º de la presente se efectuará por intermedio del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

ARTICULO 5º— La presente ley tendrá ejecutoriedad, previa existencia en el Presupuesto General de la Nación del período de que se trata de partidas específicas destinadas a sus fines.

ARTICULO 6º— La presente ley deberá ser reglamentada dentro de los sesenta días de su promulgación.

ARTICULO 7°— Comuníquese al Poder Ejecutivo. ALBERTO PIERRI — EDUARDO MENEM — Juan Estrada — Edgardo Piuzzi.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS OCHO DIAS DEL MES DE FEBRERO DEL AÑO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO.

DECRETO 580/95 (12/10/95) B.O.: 18/10/95.

Se reglamenta la ley 24.455 conforme al anexo I que forma parte integrante del presente.

RESOLUCIÓN 362/97 MSAS y 154/97 SPPDLN (11/06/97) B.O.: 23/7/1997

Se aprueba el Programa Terapéutico Básico para el tratamiento de la Drogadicción. El mismo deberá ser cumplimentado por todas las obras sociales y asociaciones de obras sociales del Sistema Nacional de Seguro de Salud incluidas en la ley 23.660 y las empresas o entidades prestadoras de servicios de medicina prepaga

RESOLUCIÓN 625/97 MSAS (19/09/97) B.O.: 25/09/97.

Se aprueban los programas de cobertura HIV/SIDA y de prevención del SIDA, previstos en la ley 24.455 y su decreto reglamentario 580/95, que como anexos I y II forman parte integrante de la presente. Los mismos deberán ser cumplimentado por todas las obras sociales y asociaciones de obras sociales del Sistema Nacional de Seguro de Salud incluidas en la ley 23.660, beneficiarias del Fondo de Redistribución de la ley 23.661 y las empresas o entidades prestadoras de servicios de medicina prepaga.

RESOLUCIÓN 528/96 MSyAS (27/11/96) B.O.: 04/12/96 Avs. Ofs.

Se incorpora al PMO la obligatoriedad por parte de las obras sociales de participar en los programas de prevención del SIDA. Asimismo se aprueba la incorporación al mencionado programa la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) de conformidad con lo detallado en el Anexo I que forma parte integrante de la presente y se publica.

RESOLUCIÓN 62/97 MSyAS(13/02/97) B.O.: 21/02/97

Se sustituye el Anexo I de la Resolución 528/96 MSyAS por el que se adjunta a la presente y se publica. (La presente Resolución fue publicada en avisos oficiales)

PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO (PMO - Resolución 201/2002 MSAL)

Todos los beneficiarios tienen garantizadas las prestaciones básicas esenciales brindadas por las obras sociales mediante el Programa Médico Obligatorio (PMO). Este programa consta de cuatro anexos, de los que presentamos una síntesis. Para acceder al detalle completo de prestaciones y prácticas de dichos anexos consulte la resolución 201, sus complementarias y modificatorias en nuestra página web.

ANEXO I - Cobertura

1. Atención primaria de la salud

En este nivel se privilegia la atención a partir de un Médico especialista en Medicina Familiar quien debe reforzar los programas de prevención en los distintos niveles, brindando una atención integral.

Programas de prevención primaria y secundaria: Los agentes del seguro de salud tienen la obligación de implementar programas de prevención, elevando en forma trimestral el listado de personas bajo programa, en conjunto con la información requerida en la resolución 650/1997 ANSSAL y modificatorias.

1.1. Plan materno infantil

- Cobertura durante el embarazo y el parto a partir del momento del diagnóstico y hasta el primer mes luego del nacimiento al 100%.
- Atención del recién nacido hasta cumplir un año de edad. La cobertura es del 100% tanto en internación como en ambulatorio, y exceptuada del pago de coseguros para las atenciones y medicaciones específicas.

Esta cobertura comprende:

a) Embarazo y parto:

Consultas, estudios de diagnóstico exclusivamente relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio, ya que otro tipo de estudios tendrá la cobertura que rige al resto del PMO; psicoprofilaxis obstétrica, medicamentos exclusivamente relacionados con el embarazo y el parto con cobertura al 100%.

b) Infantil:

Será obligatoria la realización perinatólogica de los estudios para detección de la fenilcetonuria, del hipotiroidismo congénito y enfermedad fibroquística en el recién nacido. Deben cubrirse las consultas de seguimiento y control, inmunizaciones del período, cobertura del 100% de la medicación requerida para el primer año de vida siempre que esta figure en el listado de medicamentos esenciales.

c) A fin de estimular la lactancia materna no se cubrirán:

Las leches maternizadas o de otro tipo, salvo expresa indicación médica, con evaluación de auditoría médica.

1.2. Programas de prevención de cánceres femeninos

Fundamentalmente prevención de cáncer de mama y cuello uterino.

Para el cáncer de mama: Mamografía anual para beneficiarias mayores de 49 años, o bien, menores de 49 años con antecedentes de cáncer de mama familiar o personal u otros factores de riesgo.

Para el cáncer de cuello uterino: La obligación de la cobertura es de un examen de Papanicolau anual en toda mujer que haya iniciado relaciones sexuales o mayores de 18 años. Si los resultados son normales, la obligación de cobertura posterior será de un examen cada dos años.

1.3. Odontología preventiva

Campos de prevención, fluoración y campañas de educación para la salud bucal.

1.4. Programa salud sexual y procreación responsable

- Este programa pauta controles de salud para la detección temprana de enfermedades de transmisión sexual, VIH/ SIDA y cáncer genital mamario.
- Suministra elementos y métodos anticonceptivos.
- Incluye las prácticas de ligadura de trompas de Falopio y ligadura de conductos deferentes o vasectomía.

2. Atención secundaria

Los agentes del seguro de salud se encuentran obligados a brindar exclusivamente las especialidades reconocidas por la autoridad sanitaria nacional.

2.1. El listado de las mismas se encuentra en el punto 2.1 del PMO

2.2. Prestaciones que se brindan:

- Consulta en consultorio y en internación.
- Consulta en urgencia y emergencia en domicilio.
- Consulta programada en domicilio:
 - Mayores de 65 años que no puedan movilizarse, con coseguro.
 - Todo otro grupo etario donde el paciente este imposibilitado de desplazarse, a evaluar por la auditoría del agente del seguro de salud.

2.3. Se otorgan todas las prácticas diagnósticas, terapéuticas, y estudios complementarios ambulatorios detallados en el anexo II del PMO

Debe considerarse el material descartable y los medios de contraste como parte de la prestación que se realiza.

3. Internación

- Modalidades: institucional, hospital de día o domiciliaria.
- Cobertura:
 - Se otorgan sin límite de tiempo, a excepción de lo establecido

para Salud Mental.

–No se abonan coseguros.

4. Salud mental

Se contemplan actividades para la promoción de la salud en general y la salud mental en particular.

4.1. Se tiende a la prevención de comportamientos que puedan generar trastornos y malestares psíquicos, tales como depresión, suicidio, adicciones, violencias, a través de actividades específicas.

4.2. Prestaciones

- Atención ambulatoria: 30 visitas por año, a razón de 4 visitas mensuales.
- Modalidades:
 - Entrevista psiquiátrica, psicológica, psicopedagógica.
 - Psicoterapia individual, grupal, de familia, de pareja.
 - Psicodiagnóstico.

4.3. Internación

- Modalidades: institucional y hospital de día.
- Cobertura: patologías agudas, a razón de 30 días por año.

5. Rehabilitación

- Cobertura: prácticas kinesiológicas y fonoaudiológicas.
- Ambulatoria: rehabilitación motriz, psicomotriz, readaptación ortopédica y rehabilitación sensorial.
 - Kinesioterapia: 25 sesiones por año.
 - Fonoaudiología: 25 sesiones por año.
 - Estimulación temprana.

6. Odontología

6.1. cobertura

Se detallan las prácticas incluidas en la cobertura que con más frecuencia han sido consultadas por los beneficiarios:

- Consulta de urgencia
- Radiografía dentales seriadas
- Radiografía panorámica
- Estudio cefalométrico
- Frenectomía

6.2. Coseguros

- Niños de hasta 15 y mayores de 65 años abonan importe correspondiente.
- Entre 16 y 64 años abonan importe correspondiente.
- La obra social determinará a quien deberá pagarse el coseguro.

7. Medicamentos

7.1. Ambulatorio

40% de cobertura.

7.2. Internados

100% de cobertura.

7.3. La obra social deberá cubrir al 100%:

- En tratamiento de la insuficiencia renal crónica: Eritropoyetina.

- En tratamientos oncológicos: medicamentos según protocolos nacionales aprobados por la autoridad de aplicación.

7.4. Medicación no oncológica de uso en protocolos oncológicos 40% de cobertura, excepto el Ondasetrón para el tratamiento de vómitos agudos inducidos por drogas altamente emetizantes.

7.5. Medicación comprendida en leyes de protección de grupos vulnerables

- Ley 24.455 - SIDA y Drogadicción, 100% de cobertura financiada por la APE.

- Resolución del Ministerio de Salud y Acción Social 301/1999:

–Cobertura de insulina 100%

–Antidiabéticos orales 70%

–Tirillas reactivas 400 anuales, excepto pacientes diabéticos insulino dependientes lábiles incluidos en programas de prevención secundaria, a los que se les duplicará la provisión de tirillas para la medición de glucemia (autocontrol).

–Cobertura a cargo del agente del seguro de salud.

- Resolución del Ministerio de Salud y Acción Social 791/1999:

–Para el tratamiento de la Miastenia Gravis: Mestinón 60 gr: 100% de cobertura a cargo del agente del seguro de salud.

7.6. Los prestadores deberán recetar medicamentos por su nombre genérico.

Se aplicarán los mecanismos de reemplazo y precios de referencia para establecer la cobertura a cargo de la obra social.

8. Otras coberturas

8.1. Cuidado paliativo

Un equipo multidisciplinario brindará asistencia total a los pacientes con expectativa de vida estimada no mayor a 6 meses.

- Objetivos: alivio del dolor, de los síntomas y abordaje psicosocial del paciente.
- Cobertura: 100%.

8.2. Hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria

Cobertura: 100%. Requisito indispensable: los pacientes deberán inscribirse en el INCUCAI dentro de los 30 días de iniciado el tratamiento.

8.3. Otoamplifonos

Cobertura: 100% a niños de hasta 15 años.

8.4. Anteojos con lentes estándar:

Cobertura: 100% a niños de hasta 15 años.

8.5. Prótesis y ortesis

Cobertura:

- Prótesis e implantes de colocación interna permanente: 100%.
- Prótesis externas y ortesis: 50%.
- No se cubren prótesis mioeléctricas o bioeléctricas.
- La obra social cubrirá el menor precio de la cotización en plaza.
- Las indicaciones médicas se efectuarán por nombre genérico.
- La obra social deberá proveer prótesis nacionales. Se admitirán prótesis importadas cuando no exista similar nacional con un porcentaje de cobertura a determinar por la obra social.

8.6. Traslados

Están incluidos en la prestación que se otorga.

9. Coseguros

9.1. Los beneficiarios sólo deben abonar los coseguros detallados en el PMO

9.2. No abonan coseguros

- Mujer embarazada desde el diagnóstico hasta 30 días después del parto, sólo en prestaciones inherentes al embarazo, parto y puerperio.
- Complicaciones y enfermedades derivadas del embarazo, parto y puerperio.
- Niños de hasta 1 año de edad.
- Pacientes oncológicos.
- Programas preventivos.

10. El PMO debe cumplir con el programa nacional de garantía de la calidad de la atención médica

ANEXO II. CATALOGO DE PRESTACIONES

Los agentes del seguro de salud garantizarán a través de sus prestadores la cobertura y acceso a todas las prestaciones incluidas en este catálogo.

Las prácticas consideradas de alto costo necesarias para el diagnóstico y tratamiento de patologías de baja incidencia y alto impacto económico y social, han sido normatizadas para asegurar el correcto uso de la tecnología y establecer los alcances de su cobertura, evitando la inadecuada utilización de dichas prácticas. El agente del seguro de salud podrá ampliar los límites de cobertura de acuerdo a necesidades individuales de sus beneficiarios.

- Mediante este catálogo de prácticas y procedimientos se asegura la cobertura a los beneficiarios por parte de los agentes del seguro de salud.
- No es un listado indicativo de facturación prestacional.
- Las prácticas citadas podrán ser realizadas por la especialidad correspondiente.
- Su función es brindar a los beneficiarios un listado de prestaciones que los agentes del seguro de salud se encuentran obligados a brindar en las condiciones establecidas.

Estas prácticas estarán sujetas a una actualización continua sobre la base de la evidencia disponible.

1. Prácticas quirúrgicas

- Operaciones en el sistema nervioso
- Operaciones en el aparato de la visión
- Operaciones otorrinolaringológicas
- Operaciones en el sistema endócrino
- Operaciones en el tórax
- Operaciones en la mama
- Operaciones en el sistema cardiovascular
- Operaciones en el aparato digestivo y abdomen
- Operaciones en los vasos y ganglios linfáticos
- Operaciones en el aparato urinario y genital masculino
- Operaciones en el aparato genital femenino y operaciones obstétricas
- Operaciones en el sistema músculo esquelético
- Operaciones en la piel y tejido celular subcutáneo

2. Prácticas especializadas

- Alergia
- Anatomía patológica
- Anestesiología
- Cardiología
- Ecografía y ecodoppler
- Endocrinología y nutrición
- Gastroenterología
- Genética humana
- Ginecología y obstetricia

- Hemoterapia
- Rehabilitación médica
- Medicina nuclear
- Nefrología
- Neumonología
- Neurología
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Pediatría
- Salud Mental
- Radiología
- Radioscopia
- Aparato esquelético
- Aparato respiratorio, digestivo y cavidad abdominal
- Aparato urinario
- Aparato genital femenino y mamas
- Neurorradiología
- Angiocardiografía
- Tomografías, cineradiología, RX en quirófano y domicilio
- Tomografía axial computada
- Densitometría
- Resonancia magnética nuclear
- Terapia radiante
- Urología
- Tratamientos especiales
- Asistencia en consultorio, domicilio e internación
- Prestaciones sanatorias y de enfermería

3. Prácticas bioquímicas

- Análisis clínicos

ANEXO III. FORMULARIO TERAPÉUTICO

Las características que reúne este formulario son las siguientes:

Los principios activos incluidos atienden el 95% de los problemas de salud que se presentan en la consulta ambulatoria.

No se incluyen los medicamentos:

- Financiados a través del Fondo Solidario de Redistribución por resoluciones de la Administración de Programas Especiales y leyes de protección de grupos vulnerables.
- De venta libre.
- Específicos para patologías oncológicas.
- Para la terapéutica de diabetes detallados en el Anexo I.
- Para la terapéutica de la Miastenia Gravis detallados en el Anexo I.

Los medicamentos de este listado tienen cobertura obligatoria por las obras sociales al 40% del valor de referencia.

Los agentes del seguro de salud podrán ampliar la cobertura e incluir otros medicamentos de acuerdo a las necesidades de sus beneficiarios y financiamiento.

ANEXO IV. PRECIOS DE REFERENCIA

- Esta es la guía de valores referenciales a financiar por los agentes del seguro de salud y sus beneficiarios.
- Se tomó esta unidad y se calculó el precio de referencia, y el 40% del mismo, que es la mínima cobertura obligatoria para los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

- Se eligieron las formas farmacéuticas, concentraciones, unidades por envase y su ubicación en las distintas bandas terapéuticas, de modo tal que se aseguren tratamientos terapéuticamente equilibrados.
- De acuerdo al listado de monodrogas que figura en el anexo III de la resolución 201/2002 MSAL (PMO) se agruparon por principios activos, concentración, forma farmacéutica y cantidad de unidades por envase. Se estableció el precio por unidad farmacológica activa para cada especialidad medicinal presente en el listado de precios de venta al público.

Planes superadores

Los Planes Superadores son aquellos que ofrecen prestaciones que amplían la cobertura del PMO y por las cuales las obras sociales reciben un aporte adicional.

- Además de la obligación legal de satisfacer el PMO, las obras sociales pueden contar con planes complementarios que estén debidamente aprobados por la Superintendencia de Servicios de Salud.
- El acceso a un Plan Superador al PMO es elección del beneficiario.
- Las obras sociales no pueden negar el derecho al ingreso de un beneficiario a un Plan Superador, tampoco establecer carencias ni preexistencias en las prestaciones ofrecidas.
- En el caso de los adherentes se deberá firmar un contrato con la obra social, quedando determinadas las prestaciones añadidas y el pago adicional del plan elegido.
- El pago adicional que demande el Plan Superador puede realizarse en forma voluntaria por parte del beneficiario.
- El aumento del valor del plan debe estar previamente autorizado por la Superintendencia de Servicios de Salud.

PLANES SUPERADORES

Los Planes Superadores son aquellos que ofrecen prestaciones que amplían la cobertura del PMO y por las cuales las obras sociales reciben un aporte adicional.

- Además de la obligación legal de satisfacer el PMO, las obras sociales pueden contar con planes complementarios que estén debidamente aprobados por la Superintendencia de Servicios de Salud.
- El acceso a un Plan Superador al PMO es elección del beneficiario.
- Las obras sociales no pueden negar el derecho al ingreso de un beneficiario a un Plan Superador, tampoco establecer carencias ni preexistencias en las prestaciones ofrecidas.
- En el caso de los adherentes se deberá firmar un contrato con la obra social, quedando determinadas las prestaciones añadidas y el pago adicional del plan elegido.
- El pago adicional que demande el Plan Superador puede realizarse en forma voluntaria por parte del beneficiario.
- El aumento del valor del plan debe estar previamente autorizado por la Superintendencia de Servicios de Salud.