

Material Imprimible

Curso Derecho a la salud

### Módulo 3

#### **Contenidos:**

- Servicios de Salud.
- Coberturas.
- Plan Nacional Médico Obligatorio (PMO).
- Otros Planes de Prestaciones Básicas.

#### **Servicios de salud**

El derecho a la salud otorga a las personas el derecho a acceder a los servicios de cuidado médico, y obliga al Estado a garantizar a los ciudadanos la posibilidad de poder disfrutar del mejor estado de salud posible.

Esto significa que el estado de salud dependerá de cada persona, y que el Estado debe asegurar el mismo acceso a la atención médica a todo el conjunto de su población.

De este modo, el derecho a la salud se divide en varias facultades específicos que los países deben asegurar, como el derecho a un sistema de protección de la salud; el derecho a la prevención y a tratamientos preventivos para luchar

contra la propagación de enfermedades; el derecho al acceso a los medicamentos esenciales...

La promoción de la salud materna e infantil; el derecho al acceso a los servicios de salud apropiados; y a la educación y la concienciación sobre la salud.

Además, la materialización del derecho a la salud supone que los países establezcan servicios de salud que estén disponibles en cualquier circunstancia, y que sean de buena calidad, accesibles para todos, y aceptables (es decir, que se ajusten a la ética médica y sean respetuosos con las diferencias biológicas y culturales).

La licenciada Mariana Belló explica en su artículo “Sistema de salud de Argentina” que, en la Argentina, un aspecto de la materialización del derecho a la salud está dado por el sistema de salud.

El sistema de salud de este país, tal como adelantamos en el módulo anterior, está compuesto por tres sectores poco integrados entre sí y fragmentados también en su interior: el sector público, el sector de seguro social obligatorio y el sector privado.

El sector público está integrado por las estructuras administrativas provinciales y nacionales de nivel ministerial, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande; en general personas sin seguridad social y sin capacidad de pago.

El sector del seguro social obligatorio se organiza en torno a las Obras Sociales (OS) que cubren a los trabajadores asalariados y a sus familias según ramas de actividad. Además, cada provincia cuenta con una OS que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción.

Finalmente, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados o Programa de Asistencia Médica Integral (INSSJP o PAMI) brinda cobertura a los jubilados del sistema nacional de previsión y sus familias.

Más popularmente conocido como PAMI, el INSSJP fue creado en 1971 con el objetivo de brindar asistencia médica integral a las personas mayores, mediante la Ley 19032. Cuenta con más de 600 Agencias de Atención y 38 Unidades de Gestión Local (UGL), a través de las cuales pueden realizarse trámites.

Las UGL son las Unidades de Gestión Local que coordinan a las distintas Agencias de una determinada región. Conforme establece el artículo 6° bis de la Ley N° 19.032, “las Unidades de Gestión Local tendrán las siguientes funciones y obligaciones: Actuar como unidad de ejecución de todos los programas implementados por el Instituto, elaborando propuestas y programas prestacionales para la jurisdicción, basados en los factores socio-demográficos, epidemiológicos, tasas de uso estimativas y costos de cada jurisdicción de acuerdo a las normas establecidas por el D.E.N asumiendo la responsabilidad de mantener a tal fin actualizado el padrón de afiliados de su área de cobertura:

- a) Proponer al D.E.N. la planificación de actividades institucionales y el presupuesto anual para su funcionamiento, elevando la memoria, balance y cuenta de resultados al D.E.N., e informes sobre los requerimientos de personal para la U.G.L. y sobre la administración de los recursos humanos de la unidad.
- b) Promover convenios y contratos prestacionales en el marco de las pautas de descentralización fijadas por este último, pudiendo acordar la integración con otras U.G.L. de regiones para el mejor cumplimiento de estos fines.
- c) Realizar auditorías de carácter administrativo, técnico-jurídico y prestacional, elevando los informes correspondientes al D.E.N., independientemente de los alcances del sistema de control que establezca el D.E.N.
- d) Adoptar todas las medidas conducentes a garantizar el normal funcionamiento de la U.G.L. En cada U.G.L. funcionará un Consejo Asesor

conformado según lo dispuesto en el artículo 11, que tendrá carácter honorario y consultivo.

Sus funciones son:

- a) Elaborar propuestas y programas prestacionales para la U.G.L.
- b) Asesorar sin carácter vinculante al Director Ejecutivo local.
- c) Realizar todas las acciones que fueran necesarias para garantizar la calidad y transparencia de la gestión.

Actuar como unidad de ejecución de todos los programas implementados por el Instituto, elaborando propuestas y programas prestacionales para la jurisdicción, basados en los factores socio-demográficos, epidemiológicos, tasas de uso estimativas y costos de cada jurisdicción de acuerdo a las normas establecidas por el D.E.N., asumiendo la responsabilidad de mantener a tal fin actualizado el padrón de afiliados de su área de cobertura”.

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) cubre a los jubilados y los beneficiarios de pensiones no contributivas, y se financia con las contribuciones de los trabajadores asalariados y con recursos fiscales centrales.

Este sector también se nutre de recursos que se recaudan en las provincias y municipios. Conforme el artículo 8° de la Ley 19032, el Instituto contará con los siguientes recursos: “a) El aporte del dos por ciento (2%) de los haberes de pasividad que perciban jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión social, tengan o no grupo familiar.

b) El aporte del tres por ciento (3%) del haber anual complementario que se abone a los beneficiarios indicados en el artículo anterior.

c) El aporte de la diferencia del primer haber jubilatorio o de pensión mensual que se abone a los beneficiarios indicados en el inciso a), resultante de todo incremento de carácter general para todos o determinados sectores de

jubilados y pensionados, en calidad de aumento o movilidad de las prestaciones, elevación de los haberes mínimos u otros conceptos de análogas características. Los aportes fijados en este inciso y los anteriores son obligatorios y estarán a cargo de los jubilados y pensionados.

d) El aporte obligatorio de las personas en actividad comprendidas en el régimen nacional de previsión, mediante el aumento del uno por ciento (1%) de los aportes personales a cargo de los trabajadores en relación de dependencia y autónomos.

e) Una contribución del ocho por ciento (8%) del producido neto de la Lotería de Beneficencia Nacional y Casinos durante el ejercicio 1971. Anualmente a partir del ejercicio de 1972, esa contribución será del diez por ciento (10%) del producido neto de toda nueva fuente de recursos que se instituya desde la fecha de vigencia de la presente ley.

f) El aporte que el Poder Ejecutivo Nacional fije para los afiliados a que se refiere el artículo 4 de la presente ley.

g) El producido de los aranceles que cobre por los servicios que preste.

h) Las donaciones, legados y subsidios que reciba.

l) Los intereses y las rentas de los bienes que integran ese patrimonio, y el producido de la venta de esos bienes: j) Todo otro ingreso compatible con su naturaleza y fines. Los recursos no invertidos en un ejercicio se transferirán al siguiente.

Asimismo, el artículo 9° establece que "...los aportes a cargo de los jubilados y pensionados, indicados en los incisos a), b) y c) del artículo anterior, serán deducidos por las Cajas Nacionales de Previsión de los haberes e incrementos que se abonen a partir de la vigencia de la presente ley, debiendo ser depositados a la orden del Instituto en la forma y plazo que determine la reglamentación. Los aportes a cargo del personal en actividad, fijados en el inciso d) del artículo precedente e ingresados a la Dirección Nacional de Previsión Social, como también los recargos que correspondan por mora en el

depósito de esos aportes de conformidad con el artículo 3° de la Ley 18820 serán transferidos al Instituto por la citada Dirección Nacional en la forma y plazo que establezca la reglamentación.”

En cuanto al sector privado, el mismo incluye “a) a los profesionales que prestan servicios independientes a pacientes particulares asociados a OS específicas o a sistemas privados de medicina prepagada;

b) los establecimientos asistenciales, contratados también por las OS.

y c) las entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepaga (EMP), que incluyen un subsector prestador de servicios agrupado en la confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados”.

Este sector comprende también a las llamadas cooperativas y mutuales de salud, que son entidades no lucrativas que ofrecen planes de salud pero no operan ni como OS ni como medicina prepagada. El sector público se financia con recursos fiscales. La administración central y los organismos provinciales descentralizados se financian fundamentalmente con recursos del presupuesto nacional.

El financiamiento de las Obras sociales (OS) nacionales proviene del pago de 8% del salario de los trabajadores activos; 3% lo aporta el trabajador y 5% el patrón.

Las Obras sociales provinciales se financian de la misma manera, con contribuciones de los empleados gubernamentales y con contribuciones de los gobiernos provinciales en su calidad de empleadores.

Una parte de las contribuciones a las Obras sociales financia el llamado Fondo Solidario de Redistribución, que se diseñó para aumentar la equidad en la distribución de los recursos entre entidades.

Su objetivo es cubrir la diferencia entre la cotización del trabajador y la cápita asociada al Plan médico obligatorio (PMO), que estudiaremos más adelante.

Para ello, la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) redistribuye a las Obras Sociales una cierta cantidad por cada grupo familiar afiliado que no alcance a cubrir el costo del PMO. Los recursos remanentes se dirigen a la Administración de Programas Especiales y se utilizan para apoyar financieramente a las OS en la cobertura de padecimientos de alto costo y baja frecuencia.

Finalmente, la atención en el sector privado se financia con las primas que los hogares o las empresas pagan a las Empresas de Medicina Privada, y con los pagos que hace la gente que no cuenta con seguro de salud y que recibe la atención de un prestador privado.

El informe sobre la “Caracterización del Sistema de Salud Argentino”, elaborado por la Oficina de Presupuesto del Congreso de la Nación (OPC), se detalla que en el sistema de salud argentino las grandes diferencias de oferta entre jurisdicciones, la informalidad laboral y un régimen mixto, condicionado por normativas no siempre eficaces para su cometido, dificultan la existencia de un acceso a la salud equitativo e igualitario.

Según el informe, en el año 2021 la atención pública fue utilizada por el 36% de ciudadanos, unos 16 millones de personas, que no tienen otro tipo de cobertura y con grandes diferencias en las prestaciones que reciben según las provincias.

El 61% de los ciudadanos está bajo el régimen de obras sociales, y el 13,6% posee cobertura del régimen privado (existe un 10,4% de habitantes con más de una cobertura).

El 63% de los establecimientos de salud registrados son privados y el 97% de ellos, comerciales. La Nación ocupa un rol subsidiario en la atención de la salud, lo cual se evidencia, entre otras cosas, en que el 95,7% de los nosocomios públicos son provinciales o municipales.

Hay grandes diferencias entre las jurisdicciones en la cantidad y tipos de establecimientos. La provincia que más tiene, cuadruplica en número de centros de atención respecto a la que menos tiene.

Las políticas complementarias de libre elección de obra social y de derivación de aportes al subsector privado amplían, en la práctica, las diferencias entre servicios brindados por las distintas obras sociales y afectan su financiamiento.

En la mayoría de las obras sociales y de las empresas de medicina prepaga la cantidad de varones titulares es mayor a la de las mujeres, replicando la realidad evidenciada en el mercado laboral.

En torno a la Administración Pública Nacional, son treinta y cuatro organismos los que implementan políticas públicas que contribuyen a la promoción de la salud, entendida como aquellas acciones contextuales que coadyuvan a un mejor nivel de vida a través de hábitos y entornos saludables.

Tal como venimos explicando, la salud tiene una importancia vital para todos los seres humanos, aunque en la práctica el sistema no alcanza a cubrirlos a todos.

Si bien la atención se instrumenta mediante los tres subsistemas indicados y que abarcan a toda la población del país, ello no implica que ésta sea equitativa e igualitaria para todos.



En cuanto a la prevención de la salud, esta incluye tres dimensiones de abordaje: la prevención de enfermedades, la protección de poblaciones específicas, y el fortalecimiento de instituciones y profesionales.

A nivel nacional, y al igual que con la promoción de la salud, no existe una identificación unívoca de las políticas implementadas para la prevención de la salud.

No obstante, pueden identificarse una serie de acciones emprendidas por la APN que, en base a la definición dada, se pueden agrupar en tres dimensiones.

La primera, sobre prevención de enfermedades y/o dolencias, incluye las políticas públicas destinadas a procurar la no aparición y lo no propagación de enfermedades o dolencias que pueden afectar a gran parte de la población, o bien que afectan a pocas personas, pero por su carácter crónico o por su intensidad, representan una preocupación mayor y su costo de tratamiento asociado suele ser elevado.

La segunda dimensión, sobre protección de poblaciones específicas, contempla las políticas destinadas a prevenir situaciones que podrían deteriorar la salud o las condiciones de vida de grupos poblacionales que presentan una mayor exposición o vulnerabilidad ante la aparición de enfermedades o dolencias.

La tercera, de fortalecimiento institucional y profesional, abarca a las políticas públicas que se implementan para mejorar la capacidad operativa para prevenir la salud, así también como a la investigación y desarrollo vinculado a la prevención de enfermedades y/o dolencias.

A los fines de fijar estándares comunes y generales para los distintos subsistemas, el Poder Ejecutivo creó Programa Nacional de Garantía de Calidad

de la Atención Médica originariamente en 1992 y cuya última actualización se realizó mediante el Decreto 178/2017.

Esta norma es de aplicación obligatoria para todos los establecimientos nacionales de salud, para el Sistema Nacional del Seguro de Salud y para las Obras Sociales Nacionales, para el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), para los establecimientos incorporados al Registro Nacional de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, y para los establecimientos dependientes de las distintas jurisdicciones provinciales, municipales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las entidades del Sector Salud que adhieran al mismo.

La norma define como objetivo del programa el aseguramiento de la calidad de los servicios y de las prestaciones que se brindan a la población y, para ello, la Resolución del Ministerio de Salud de la Nación 856/2017, estipula la forma organizacional en la que se reglamentan los ejes conceptuales del Programa, que son la habilitación de establecimientos, la certificación de especialidades, la elaboración de normas de organización y funcionamiento de servicios de salud, el diseño de indicadores de calidad del servicio, la cooperación técnica entre jurisdicciones y la seguridad de los pacientes.

## **Coberturas**

El subsistema público comprende la atención en hospitales y establecimientos asistenciales de carácter público y de acceso gratuito, ya sea a nivel nacional, provincial o municipal. Toda persona que se encuentre en territorio argentino puede acceder a la atención médica del subsistema público de salud de forma gratuita.

Su financiamiento se realiza a través de los presupuestos públicos de las jurisdicciones a las que pertenecen y pueden recibir otros ingresos adicionales

---

como compensación de servicios otorgados a usuarios de los otros subsistemas de salud, siendo el INSSJP-PAMI el principal contratante de hospitales públicos para la prestación de servicios.

No existe un plan de prestaciones definido y homogéneo para los distintos hospitales y establecimientos de salud públicos, por lo que la oferta de servicios de salud depende de la disponibilidad de personal sanitario (y sus especialidades), equipamiento, insumos y capacidad de atención (por ejemplo, camas disponibles, disponibilidad de turnos, etc.) al momento de concretarse la demanda por parte de la población en cada uno de ellos.

Esto implica que, en los casos donde la demanda supere a la oferta, aparezcan restricciones al acceso a los servicios de salud. Estas restricciones se manifiestan principalmente en dilaciones en el otorgamiento de turnos o falta de especialidades en algunos establecimientos.

El financiamiento que reciben este tipo de entidades funciona como un subsidio a la oferta; la que, a su vez, se organiza en base a dicho financiamiento determinando la magnitud en que se ha de satisfacer la demanda poblacional.

La no existencia de planificación sistémica de la oferta ni de su financiamiento redundan en asimetrías entre las distintas provincias, ya que, al no determinarse los servicios a proveer con basamento en necesidades y requerimientos definidos según información fehaciente, la oferta puede resultar muy dispar y encontrarse escindida de la demanda.

Si bien normativamente la responsabilidad primaria en materia de salud recae sobre los gobiernos provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en la práctica la Nación ha asumido un rol ordenador en lo referente a la prestación de servicios y la administración de la atención pública de la salud, mediante

intentos de organización federal de la atención y proveyendo servicios con establecimientos propios de gran envergadura en algunas jurisdicciones.

Mediante el Decreto 939/2000 se creó el Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, que plantea numerosos objetivos, como promover acciones tendientes a incrementar los presupuestos hospitalarios a través de los ingresos obtenidos por el cobro de las prestaciones efectuadas a beneficiarios de otros subsistemas de salud; fomentar una gestión eficiente y racional de la salud; mejorar los niveles de accesibilidad de la población sin cobertura...

Respetar las particularidades regionales y locales de los establecimientos bajo el sostenimiento y consolidación de una concepción federal de la salud; y aumentar el compromiso del personal con el establecimiento a partir de la distribución de un porcentual de los ingresos obtenidos como resultado de la actividad de cobranza de la facturación presentada.

Esta norma creó asimismo el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, administrado por el Ministerio de Salud de la Nación, en donde todos los hospitales públicos y establecimientos asistenciales tanto nacionales como provinciales y municipales, tienen la opción de inscribirse. Todo hospital o establecimiento inscripto debe cumplir con las exigencias estipuladas y puede recibir recursos generados por el régimen.

Es de remarcar que mediante la Ley 23.661 crea el Sistema Nacional del Seguro de Salud, con los alcances de un seguro social, a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica.

Este seguro tiene por finalidad proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor

nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones, eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva.

Mediante esta norma se crea también el órgano de contralor del Sistema, cuya denominación actual es Superintendencia de Servicios de Salud; un organismo autárquico bajo la órbita del Ministerio de Salud que tiene por finalidad registrar, supervisar y controlar a los agentes del Seguro, así como dictar las normas regulatorias del sistema.

La Ley determina que los agentes del Seguro son todas las Obras Sociales, tanto del ámbito nacional como de las jurisdiccionales, siempre que estas últimas adhieran al sistema.

Estos agentes son los responsables de administrar el Seguro para sus beneficiarios, recibiendo las cotizaciones y otorgando las prestaciones de salud requeridas, ya sea mediante prestadores propios o contratados, como en la mayoría de los casos.

Para que un prestador pueda prestar servicios en el marco del Sistema, debe inscribirse en el Registro Nacional de Prestadores, que incluye tanto a los profesionales de la salud como a las asociaciones y establecimientos independientes o pertenecientes a una Obra Social.

Por último, la Ley crea el Fondo Solidario de Redistribución, administrado por la Superintendencia de Servicios de Salud, que se financia principalmente con porcentajes de las cotizaciones ingresadas por los beneficiarios de las Obras Sociales y subsidiariamente con el cobro de multas, inversiones, aportes del Tesoro y donaciones, entre otros. Este fondo funciona como una especie de reaseguro para los agentes.

En la Ley se establecen como sus finalidades las de atender los gastos operativos de la Superintendencia de Servicios de Salud; subsidiar las prestaciones de los beneficiarios de menores ingresos; dar cobertura a las prestaciones de alta complejidad y/o elevado costo; y atender desequilibrios financieros de los agentes por mora en el pago de aportes y contribuciones de los beneficiarios.

## **Plan Médico Obligatorio**

El Plan Médico Obligatorio (PMO) es una canasta básica de prestaciones obligatorias para todas las prepagas y obras sociales. Son las obligaciones que toda obra social o prepaga tiene que cubrir como mínimo en cualquiera de sus planes.

Todo beneficiario del Sistema Nacional del Seguro de Salud tiene derecho a recibir, como mínimo, las prácticas allí indicadas. Se creó originalmente mediante Resolución 492/95 del Ministerio de Salud, y en los sucesivos años fue modificado y abordado por diversas normas, ampliando su alcance y contenido.

Desde el punto de vista estrictamente normativo, son básicamente tres las regulaciones del PMO, pese al dictado de otras normas complementarias y aclaratorias. Dichas regulaciones son las resoluciones 247/1996, 939/2000 y 201/2002. En la actualidad se aplica la resolución 1991/2005.

El otorgamiento de las prestaciones incluidas en el PMO es obligatorio para los agentes del Seguro, por lo que, en caso de que uno de ellos no se encuentre en condiciones de brindarle el PMO a la totalidad de sus beneficiarios, se encuentra prevista su fusión con otro agente a los fines de cumplir con el mismo. Asimismo, se establece que todo agente del seguro debe destinar como mínimo el 80% de sus ingresos a la atención del PMO.

Con el PMO se busca entonces definir de forma clara la cobertura obligatoria a otorgar, proporcionando un amplio abanico de prestaciones para la población beneficiaria independientemente de la Obra Social a la cual pertenezcan, intentando garantizar equidad e igualdad entre los beneficiarios.

El PMO incluye una gran variedad y cantidad de prestaciones, entre las que se destacan el Plan Materno Infantil (PMI) que brinda cobertura de estudios, internación, medicamentos, vacunas y leche durante el embarazo y en los primeros años de vida del niño o niña; el de Odontología, que da cobertura de urgencias, diagnóstico y prevención bucal;

El de Salud mental, que facilita cobertura de hasta 30 consultas al año e internación por 30 días en patologías agudas; el de Salud sexual y reproductiva, que brinda cobertura en determinados métodos anticonceptivos; y la de Medicamentos, que da cobertura del 40% para medicamentos en general y del 100% en casos específicos como de VIH, cáncer, internación o fibrosis quística.

Si bien la existencia de un PMO se fundamenta en otorgar garantías de cobertura igualitaria para cualquier beneficiario independientemente de la Obra Social a la cual pertenezca, en la práctica se han observado diferencias entre Obras Sociales en cuestiones como la atención administrativa brindada, la disponibilidad de turnos, la oferta de profesionales y la cercanía de los beneficiarios con los centros de atención, lo que genera que existan distintas calidades de Obras Sociales.

Pero, ¿qué dice la legislación al respecto de este PMO? El PMO para los agentes del seguro de salud vio la luz en 1996 como producto de la convocatoria a los sectores participantes previstas en el citado decreto 492/1995.

En su Artículo 1, reza que “los beneficiarios de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD comprendidos en el artículo 1 de la Ley N.

---

23.660, tendrán derecho a recibir las prestaciones médicas asistenciales que se establezcan en el programa médico asistencial que será aprobado por el MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL a través de la SECRETARÍA DE POLÍTICAS DE SALUD Y REGULACIÓN SANITARIA. Dicho programa se denominará PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO (PMO) y será obligatorio para todos los agentes arriba consignados.”

Posteriormente se dispuso, por intermedio de la ley 24.754, (B.O. 1/04/1997) que las entidades de medicina prepaga debían otorgar a sus asociados “Idéntica Cobertura Mínima Obligatoria” que las brindadas por los agentes del seguro de salud a sus afiliados; es decir, las contenidas en la resolución 247/1996.

La ley 26.682 (B.O. 17/05/2011) que estableció el nuevo marco jurídico de la medicina prepaga, determinó en el artículo séptimo la obligatoriedad de estas empresas de brindar a sus asociados el piso mínimo prestacional constituido por el PMO de la resolución 1991/2005 (B.O. 5/01/2006).

En reemplazo de la citada resolución 247/96 se dictó la resolución 939/2000 (B.O. 7/11/2000) que estableció el PMO para los agentes del seguro de salud comprendidos en el artículo primero 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 prevalente en la atención primaria de la salud.

La tercera etapa se consolida con el dictado de la resolución 201/2002 (B.O. 19/4/2002), que 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 primero de la ley 23.660.



Por último, la resolución (MSYA) 1991/2005 aprobó como parte integrante del Programa Médico Obligatorio las previsiones de la resolución 201/02-MS, sus ampliatorias y modificatorias, con más las inclusiones de los anexos que conforman el presente acto administrativo y derogó la resolución 939/00.

El PMO es un programa que contiene el conjunto de prestaciones médicas a que tiene derecho todo beneficiario de la seguridad social (y todo asociado de la medicina prepaga). Es decir, constituye el conjunto de prestaciones médicas obligatorias que como piso mínimo deben brindar los agentes del seguro de salud y las empresas de medicina prepaga.

No existen patologías excluidas del PMO, independientemente de la extensión de la cobertura planteada en el mismo. Así los hechos, se citaran algunas otras leyes que extendieron el contenido del PMO.

Una de ellas fue la Ley 24.455 (B.O. 8/03/1995), que incorporó como prestaciones obligatorias 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 inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y/o las enfermedades intercurrentes y de las personas que dependan física o psíquicamente del uso de estupefacientes.

Otra fue la Ley 25.404 (B.O. 3/04/2001), que estableció las medidas de protección y garantía del pleno ejercicio de sus derechos a toda persona que padezca epilepsia e incorpora de pleno al PMO las prestaciones médico-asistenciales a que hace referencia la citada Ley.

Luego, la Ley 25.415 (B.O. 3/05/2001), que prescribió que las obras sociales y asociaciones de obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga, deberán brindar obligatoriamente las prestaciones establecidas en esta ley, las que quedan incorporadas de pleno derecho al

---

Programa Médico Obligatorio dispuesto por resolución 939/2000 del Ministerio de Salud, incluyendo la provisión de audífonos y prótesis auditivas así como la rehabilitación fonoaudiológica.

La Ley 26.396 (B.O. 3/09/2008), por su parte, reguló la prevención y control de los trastornos alimentarios; y la Ley 26.682 (B.O. 17/05/2011) determinó la obligatoriedad para las empresas de medicina prepaga de brindar a sus asociados el piso mínimo prestacional constituido por el PMO de la resolución 1991/2005.

Otra Ley que extendió el contenido del PMO fue la Ley 26.862 (B.O. 26/06/2013), que normalizó el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida y establece, en lo que aquí interesa, que quedan incluidos en el Programa Médico Obligatorio (PMO) los procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida, así como los de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo, entre otras normas.

Aquí nos detenemos unos momentos para comentar una última y muy reciente incorporación normativa a la idea del PMO, la Ley 27696 sancionada en noviembre de 2022, a través de la cual se incorpora al Programa Médico Obligatorio (PMO) de las Obras Sociales Nacionales un protocolo para el abordaje integral de personas víctimas de violencia de género a través de la cobertura total e integral de las prácticas preventivas y terapéuticas.

Se incluyen todas las terapias médicas, psicológicas, psiquiátricas, farmacológicas, quirúrgicas, y toda otra atención que resulte necesaria o pertinente, como menciona su primer artículo.

Asimismo, en su Artículo segundo, establece que “las obras sociales, los prestadores de salud y todos aquellos organismos comprendidos en la presente ley, deberán articular con las instancias nacionales, provinciales y/o locales que

provean programas para la atención de la violencia de género a los fines de garantizar que la atención integral de las víctimas se realice con los parámetros y las indicaciones adecuadas.”

Su Artículo tercero, por otra parte, explica que “quedan obligados a brindar cobertura como prestación obligatoria en los términos de la presente ley las obras sociales enmarcadas en las leyes 23.660 y 23.661, la Obra Social del Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, las entidades de medicina prepaga (Ley 26.682). El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, el Instituto de la Obra Social de las Fuerzas Armadas y las entidades que brinden atención al personal de las universidades (Ley 24.741), así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médico-asistenciales a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean.”

En el Artículo cuarto, a su vez, se lee que “entiéndase por Violencia de Género la problemática sociosanitaria que deriva de lo establecido por la Ley Nacional 26.485 de Protección Integral a las Mujeres en sus artículos 4º, 5º y 6º.”

Enumeraremos algunas prestaciones incluidas en el PMO, como el Plan Materno Infantil. Este cubre todo el embarazo y hasta el primer mes luego del nacimiento; brinda atención del recién nacido hasta cumplir un año de edad; incluye toda la atención del niño, tanto en internación como ambulatoria; y además cubre las medicaciones específicas al 100%.

El programa además incluye los estudios para la detección de fenilcetonuria, del hipotiroidismo congénito y enfermedad fibroquística en el recién nacido; y las vacunas obligatorias. Si existe indicación médica, el programa también cubre las leches maternizadas o de otro tipo que deba tomar el bebé.

Otros son los programas de prevención de cánceres femeninos, en especial, de cáncer de mama y cuello uterino. Incluye diagnóstico y tratamiento de todas las afecciones malignas.

El programa de odontología, por su parte, incluye la prevención, fluoración y campañas de educación para la salud bucal, y la consulta de diagnóstico y plan de tratamiento. También están incluidas las consultas de urgencia. En cuanto a la internación, se asegura el 100% de cobertura.

El programa de salud mental, por su parte, cubre hasta 30 consultas ambulatorias por año. Las consultas no pueden ser más de 4 por mes. Incluye una entrevista psiquiátrica, psicológica, psicopedagogía, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, psicoterapia de familia y de pareja, o de psicodiagnóstico. La internación está cubierta hasta 30 días por año para patologías agudas.

Según el programa de salud sexual y reproductiva, se incluyen la colocación y extracción del implante subdérmico, el DIU o el Sistema Intrauterino de Liberación de Levonorgestrel como métodos anticonceptivos.

El programa de rehabilitación, por otro lado, incluye hasta 25 sesiones por año de todas las prácticas kinesiológicas y fonoaudiológicas. En general, los medicamentos incluidos en este Programa están cubiertos en un 40%.

En casos específicos, como medicamentos oncológicos, para insuficiencia renal o incluidos en programas especiales, la cobertura es del 100%.

Brinda además una cobertura del 100% en pacientes internados, y cobertura del 100 % de medicamentos básicos para la enfermedad de Fibrosis Quística.

El programa de cuidados paliativos es la asistencia activa y total de los pacientes por un equipo multidisciplinario, cuando el paciente tiene una expectativa de

vida que no supera los 6 meses. Sus objetivos son aliviar el dolor, los síntomas y el abordaje psicosocial del paciente. La cobertura es del 100%.

En los tratamientos de hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria, la cobertura es del 100%. El paciente debe inscribirse en el INCUCAI dentro de los primeros 30 días de iniciado el tratamiento.

Luego, la cobertura de otoamplifonos es del 100% en niños de hasta 15 años, y la cobertura de anteojos es del 100% en niños de hasta 15 años.

La cobertura de prótesis y órtesis es del 100% en prótesis e implantes de colocación interna permanente. Para órtesis y prótesis externas, la cobertura es del 50%. No están cubiertas las prótesis denominadas miogénicas o bioeléctricas. La indicación médica de la órtesis o prótesis debe utilizar el nombre genérico y no la marca. Debe indicar elementos de fabricación nacional, y sólo se autorizan prótesis u órtesis importadas cuando no existe una de fabricación nacional.

En el tratamiento de VIH SIDA, están incluidos los tratamientos médicos, psicológicos y medicamentos para personas que viven con tal enfermedad.

También existen los programas de prevención, como el de adicciones, que brindan tratamientos médicos, psicológicos y medicamentos para personas con problemas de drogadicción. Están incluidos además los programas de prevención.

En cuanto a enfermedades poco frecuentes, se brinda cobertura asistencial, incluyendo como mínimo las prestaciones que determine la autoridad de aplicación.

## Otros planes de prestaciones básicas

A continuación mencionaremos otros programas de prestaciones básicas. Uno de ellos es el Programa Sumar, que fue aprobado por el Estado Nacional mediante la Resolución del Ministerio de Salud 1195/2012, modificada por Resolución 1460/2012 del mismo organismo.

Este toma como base el Plan Nacer, originalmente destinado a brindar cobertura de salud a la población materno-infantil sin obra social, y extiende la población objetivo a otros subgrupos poblacionales en igual situación, completando en el año 2020 la cobertura para todos los grupos etarios y sexos.

Este programa prevé el cuidado y seguimiento de la población por parte del sistema sanitario, explicitando los servicios que conforman su derecho a la salud, asignándole contenido y alcance preciso.

De esta forma, por cada persona bajo el Programa y por cada consulta y control que se realice, el hospital o establecimiento de salud recibe recursos para fortalecer al equipo de salud y mejorar los servicios brindados a toda la comunidad, lo que contribuiría a mejorar la planificación de la oferta en materia de salud pública.

El Programa brinda cobertura en dos sentidos; en primer lugar, para las prestaciones generales y líneas de cuidado priorizadas e identificadas en el Plan de Servicios de Salud (PSS) previsto por el programa, se ofrecen los Seguros Públicos Provinciales de Salud (SPS).

Éstos son cofinanciados entre la Nación y las jurisdicciones provinciales, correspondiéndole a la Nación la transferencia de cápitas de igual valor individual para todas las jurisdicciones y el financiamiento de la asistencia

técnica para el desarrollo de los seguros y el equipamiento de los establecimientos de salud.

En cuanto a la prestación de servicios, las jurisdicciones deben priorizar la utilización de la red pública de establecimientos de salud, pudiendo subsidiariamente recurrir al ámbito privado en caso de necesidad. La relación entre Nación y jurisdicciones se establece mediante la firma de Convenios Marco y de Compromisos Anuales de Gestión, en donde se establecen estrategias y objetivos a cumplir.

En segundo lugar, para las patologías de alto costo y baja incidencia, se ofrecen los Seguros Públicos Nacionales de Salud (SNS), que se financian enteramente desde la Nación con transferencias capitadas a las jurisdicciones en base a una serie de indicadores de desempeño previstos en la normativa para el seguimiento de estas patologías.

Sigamos enumerando programas de prestaciones básicas, como el Programa Incluir Salud, que se creó con el objetivo de garantizar el acceso a la salud a los beneficiarios de pensiones no contributivas (PNC), mediante Resolución 1862/2011 del Ministerio de Salud. Este surgió en reemplazo del Programa Federal de Salud que funcionó hasta dicha fecha como cobertura de salud para los mencionados beneficiarios.

El programa cubre a las personas que no cuenten con otra asistencia de servicios de salud, como obras sociales o prepagas, y que voluntariamente se inscriban al mismo. En el año 2018, mediante diversos actos administrativos, se transfirieron distintas competencias que se encontraban en la órbita del Ministerio de Salud a la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS), encontrándose entre ellas el Programa Incluir Salud.

Dicha transferencia fue planteada originalmente como transitoria pero, luego de sucesivas prórrogas, por Resolución 1079/2021 de la Agencia Nacional de Discapacidad, el programa se instituyó de forma permanente en su órbita, aunque al incluir la asistencia médica a todos los tipos de pensiones y no sólo a las de invalidez, excede sus funciones básicas.

El programa se implementa a través de la contratación de servicios mediante convenio directo con prestadores y mediante convenio con todas las jurisdicciones.

Otro programa es el Programa Remediar + Redes, que garantiza a la población el acceso a los medicamentos esenciales. Desde el año 2002 busca garantizar el acceso a medicamentos esenciales a los usuarios y usuarias del primer nivel de atención de salud, proveyendo directamente botiquines con estos medicamentos a los Centros de Atención Primaria (CAPS) de todo el país.

Está destinado a todos los pacientes que no tienen cobertura de obra social y presentan imposibilidad de adquirirlos. Para acceder a los medicamentos, deberán realizar una consulta con los profesionales del CAPS del Hospital. Si el médico prescribe un medicamento incluido en el vademécum de Remediar + Redes, es suministrado directamente en cantidades acordes con las dosis y duración del tratamiento prescripto de forma enteramente gratuita.

El rol de Remediar como operador logístico del Ministerio de Salud de la Nación se consolida año a año con el envío de medicamentos e insumos de otras Direcciones y Programas del Ministerio. Asimismo, en la situación pandémica de 2020 y 2021, desde el Ministerio se pudo aprovechar la capacidad logística para hacer el envío de las jeringas para las vacunas COVID así como de los elementos de protección personal para todo el país.



En el año 2021, las Direcciones y Programas que Remediar asisten logísticamente, se sumaron el Programa de Cannabis Medicinal y el de Terapia Intensiva.

Mediante la Resolución 1048 de 2021, se aprobaron los criterios de elegibilidad y de operatoria que los establecimientos de salud y/o instituciones del sector público adheridos, y los que en el futuro se adhieran al Programa Nacional Remediar, deberán cumplir a fin de garantizar una eficiente y equitativa distribución de los insumos, con el objetivo de que los medicamentos esenciales e insumos sanitarios se distribuyan en un marco formal y estable y que contribuyan a ampliar paulatinamente el acceso a la salud de los usuarios y usuarias con cobertura pública exclusiva en todo el territorio nacional.

A través de la Resolución 3424/2021 se aprobó el Listado o Vademécum de Medicamentos Esenciales para el Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud de la Nación.

Otro programa es el Plan Materno Infantil, que está destinado a contribuir al crecimiento y desarrollo adecuado e integral de los niños comprendidos entre 0 y 5 años de edad.

Comprende atención pediátrica y la entrega de dos kilogramos de leche mensuales por niño. También contempla a niños con desnutrición crónica o retardo de crecimiento, embarazadas, madres en periodo de lactancia, y pacientes con patologías especiales como VIH, tuberculosis, cáncer, anemias, osteoporosis, insuficiencia renal crónica, bajo peso, celíacos o diabéticos.

Este plan forma parte del Programa Médico Obligatorio, que deben cumplir todas las prepagas y obras sociales. Por Resolución 939/2000 del Ministerio de Salud, incluye la cobertura del 100 por ciento de la atención integral del embarazo, del parto y del recién nacido; la cobertura del 100 por ciento en

---

medicamentos inherentes al estado de embarazo, parto y puerperio para la madre; y del 40 por ciento para medicamentos ambulatorios no relacionados.

El Plan de Prevención del cáncer genito-mamario (PROGEMA) es el programa de prevención de cáncer genito-mamario asociado al sistema de registro SITAM.

Junto con los programas de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, brinda atención ginecológica completa con acceso gratuito a métodos anticonceptivos hormonales de tipo orales combinados, orales para lactancia e inyectables; dispositivos intrauterinos (DIU), y preservativos. También entrega anticonceptivos de emergencia y test de embarazo.

Pueden acceder al programa pacientes atendidas en el Hospital en consulta ginecológica y en las distintas postas que cubre Área Programática y que no poseen cobertura de obra social.

Otro de ellos es el Plan de Epilepsia (PROEPI), que está dirigido a las personas que padecen esta enfermedad y no tienen cobertura social ni recursos para acceder a los medicamentos.

A través de él, el Estado entrega en forma gratuita tanto las llamadas “drogas clásicas”, como Carbamazepina, Clonazepam, Clobazam, Fenobarbital, Fenitoína y Ácido Valproico, así como las llamadas “drogas de segunda línea o nuevas drogas anticonvulsivantes”, como Oxcarbazepina, Lamotrigina, Vigabatrina y Topiramato.

Para acceder al programa, se debe iniciar la gestión en el Servicio Social del Hospital dejando constancia de la imposibilidad de adquirir medicamentos y de la falta de cobertura social.

Otro plan es el Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del paciente Diabético (PRODIABA), que está dirigido a la población que padece esta enfermedad crónica y no tiene cobertura de obra social.

Brinda insulina inyectable, antidiabéticos orales, agujas, jeringas para la aplicación de insulina, tiras reactivas para determinar el nivel de glucosa en sangre y cuerpos cetónicos en orina, como así también aparatos de medición.

Para contar con los beneficios del Programa hay que concurrir, previa consulta con un médico diabetólogo, al Servicio Social del hospital, donde piden que se complete una encuesta en la que se deje constancia de la inexistencia de una cobertura social.

El Programa para el Asma Infantil (PROBAS), por otro lado, está dirigido a todos los chicos desde el nacimiento hasta los 18 años que padecen la enfermedad y no cuentan con cobertura de obra social.

Mediante este programa se entrega en forma totalmente gratuita las drogas contra el asma Salbutamol, Meprednisona y Budesonide y aerocámaras, que se retiran de ventanilla de Programas con la presentación de un carnet del programa (Servicio Social) que garantiza el tratamiento por un año con posibilidad de renovación.

Para acceder, un familiar a cargo del paciente tiene que presentarse en el Hospital con fotocopia de DNI del menor, completar una declaración jurada reconociendo vivir en la Provincia de Buenos Aires y no poseer cobertura social, y el médico va a completar una planilla con los datos del paciente. Con estos pasos cumplimentados, se entrega un carnet de adhesión al programa.

Por último, el Programa de Prevención de VIH-Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual está destinado a reducir la incidencia del VIH-Sida y ETS y mejorar la calidad de vida.

Provee atención integral del complejo del VIH-Sida y ETS, que comprende serología para VIH y ETS, diagnóstico, consejería, atención médica, tratamientos, seguimiento y entrega de insumos como preservativos o materiales de prevención y promoción.

Está dirigido a toda la población, y se ocupa del control de la distribución de los medicamentos antirretrovirales a las personas que conviven con esa enfermedad y carecen de cobertura social.