

Programa Médico Obligatorio

Jaimarena Brion, Guillermo
Abogado, UNLP. Diplomado en Derecho a la Salud y Legislación Sanitaria por la ECAE. Especializado en derecho médico.

1. Introducción y antecedentes. Cuando comienza a regularse el sistema creado por la ley 18.610, ya en su artículo 2° se establecía el principio de que sus recursos deberían ser destinados en forma prioritaria para sus prestaciones médico-asistenciales mínimas. A su turno, la llamada ley 22.269 se refirió al objeto central del sistema médico-asistencial conducente a conservar o restablecer la salud de los beneficiarios de dicho sistema y otras prestaciones de carácter social, sobre la base del principio de solidaridad y procurando el mejor nivel de atención médica y el máximo aprovechamiento de los recursos.

Más recientemente, la [ley 23.660](#) (B.O. 20/01/1989) de Obras Sociales (LOS), determina que las obras sociales deberán aplicar no menos del ochenta por ciento (80%) de sus recursos brutos, deducidos los aportes al Fondo Solidario de Redistribución, para financiar la prestación de servicios de salud a sus beneficiarios.

La [ley 23.661](#) (B.O. 20/01/1989), creadora del Seguro Nacional de Salud, establece numerosas normas programáticas relativas a las prestaciones médicas. El seguro se establece a los efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación, mediante el otorgamiento de prestaciones de salud igualitaria, integral y humanizada, tendiente a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que responda al mejor nivel de calidad disponible. Pero concretamente en lo relativo a la dirección hacia un programa de salud para el sistema, el artículo 28 preceptúa que los agentes del seguro de salud deberán desarrollar un programa de prestaciones de salud, a cuyo efecto la entonces Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), hoy Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación, establecerá y actualizará periódicamente las prestaciones que deberán otorgarse obligatoriamente, dentro de las cuales deberán incluirse todas aquellas que requieran la rehabilitación de las personas discapacitadas y asimismo asegurar la cobertura de [medicamentos](#) que las aludidas prestaciones requieran.

Luego, el [decreto 9/93](#) (B.O. 18/01/1993) especificó que las prestaciones básicas que deberán brindar las obras sociales serían determinadas por el entonces Ministerio de Salud y Acción Social (Actual Ministerio de Salud de la Nación).

Posteriormente, el [decreto 576/93](#) (B.O. 7/04/1993) reglamentario del artículo 28, estableció que corresponderá a la entonces Secretaría de Salud del ex Ministerio de Salud y Acción Social (MSyAs) actualizar las prestaciones obligatorias previstas en el artículo 3° del [decreto 9/93](#). Los agentes podrán pactar con sus afiliados las prestaciones adicionales sobre las obligatorias.

Ulteriormente, es el [decreto 492/95](#) (B.O. 26/9/1995) el que avanza significativamente hacia la implantación de un programa médico general de cumplimiento uniforme y obligatorio para todas las obras sociales, haciendo inminente su elaboración. La citada norma determinó que los beneficiarios de los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud (SNSS) comprendidos en el artículo 1° de la [ley 23.660](#), tendrán derecho a recibir las prestaciones médicas asistenciales que se establezcan en el programa médico-asistencial que será aprobado por el entonces MSyAs 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. En ese marco, se creó una Comisión Técnica del PMO con la participación de la entonces ANSSAL, el ex MSyAs y de la Confederación General del Trabajo (CGT). Dicha comisión tendrá como misión formular dicho programa y dictar normas reglamentarias necesarias para su ejecución, las que deberán ser sometidas a la aprobación de dicho Ministerio. Dicha reglamentación establecerá las prestaciones del PMO.

2. Marco normativo fundante del PMO.

1) 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](#). El entonces MSyAs expidió la resolución 247/96 (B.O. 29/5/1996), que aprobó la primera versión del referido PMO, estableciendo el Programa Mínimo de Prestaciones y Prácticas Médicas obligatorias que debían otorgar a los agentes del seguro de salud.

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, por intermedio del artículo 7°, determinó 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).

2) 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 1° 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.

3) La tercer 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 1° 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.

En el primer nivel del PMOE se incluyen las prestaciones relativas al diagnóstico, consultas programadas y de urgencia, las emergencias en domicilio, traslados, la atención médica en procedimientos ambulatorios, ya sean clínicos en general y los de salud mental, esto último con limitaciones anuales, rehabilitación ambulatoria, kinesiología, odontología con límites, anteojos con límites, plan materno infantil, descuento para medicamentos, etcétera.

Para el segundo nivel se prevén las internaciones sin límite temporal y con cobertura total, internaciones también en tratamientos de salud mental con límite anual, internaciones con el plan materno infantil, traslado de pacientes internados, prótesis e implantes, medicamentos oncológicos, hemodiálisis, hormona de crecimiento, implante coclear, etcétera.

El tercer nivel comprende las prestaciones de alta complejidad subsidiadas con recursos del Fondo Solidario de Redistribución, que son de cobertura obligatoria para los agentes del seguro de salud.

Finalmente, en la actualidad se aplica la [resolución 1991/2005](#) (B.O. 5/1/2006).

3. Concepto y características. 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.

4. Ampliación legislativa del PMO

Si bien no se puede soslayar que la estructura normativa fundante del PMO se constituye a partir del dictado de las resoluciones 247/1996, 939/2000 y [201/2002](#), es preciso aclarar que el contenido prestacional que comprende al mencionado programa se ha ido ampliando y ensanchando de manera significativa a partir del dictado de leyes que incorporaron o incluyeron legalmente determinada prestación, no prevista reglamentariamente en el consignado programa.

A modo de ejemplo y de manera enunciativa, pasamos revista a algunas de las leyes que extendieron el contenido del PMO: [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; [ley 26.396](#) (B.O. 3/09/2008) que reguló la prevención y control de los trastornos alimentarios; [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; [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; [ley 26.682](#) (B.O. 17/05/2011) que 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](#); [ley 26.862](#) (B.O. 26/06/2013) que normatizó 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.

5. Visión jurisprudencial. La tecnología y la medicina avanzan rápidamente en el tratamiento de diversas enfermedades y la normativa que regula las prestaciones médicas a cargo de las obras sociales resulta muchas veces atrasada e insuficiente, de lo cual se deriva la insoslayable consideración del Programa Médico Obligatorio (PMO) como un piso básico y mutable de prestaciones, que se nutre de las nuevas técnicas y tiene un fin integral que supera el mero sufragio económico de la práctica médica. En esa inteligencia la jurisprudencia ha sostenido de manera uniforme que el PMO no constituye una limitación para los agentes del seguro de salud, sino que consiste en una enumeración no taxativa de la cobertura mínima, debajo de la cual ninguna persona debería ubicarse bajo ningún concepto, más no necesariamente conforma su tope máximo.

En ese marco, corresponde destacar que la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) ha dicho que el PMO contiene lineamientos que deben ser interpretados en armonía con el principio general que garantiza a la población el acceso a los bienes y servicios básicos para la conservación de la salud.

6. Síntesis. Desde el punto de vista normativo son tres, básicamente, las regulaciones del PMO, pese al dictado de otras normas complementarias y aclaratorias, a saber: a) resolución 247/1996; b) resolución 939/2000, y c) [resolución 201/2002](#); recordando que en la actualidad se aplica la [resolución 1991/2005](#).

En definitiva, el PMO organiza el conjunto de prestaciones médicas-asistenciales ineludibles que mínimamente deben brindar las obras sociales nacionales y las empresas de medicina prepaga.

Bibliografía

GARAY, Oscar Ernesto (2014). *Responsabilidad Profesional de los Médicos - Ética, Bioética y Jurídica*:

Civil y Penal, T. III. Buenos Aires, Argentina.

FAILLACE, Horacio A. (2008). *El Sistema de Salud -Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepaga-*. Buenos Aires, Argentina.

ARENS, Julio (2007). *Régimen Legal de Las Obras Sociales. Agentes del Seguro Nacional de Salud*. Buenos Aires, Argentina.

Sitio web de la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación. Disponible en http://www.sssalud.gob.ar/index.php?page=cambio_os

Recibido: 02/12/2016; Publicado: 03/2017