

RESOLUCION 247/96 MS y AS

Apruébase el Programa Médico Obligatorio (PMO) para los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el art. 1° de la ley N° 23.660

Buenos Aires, 17 de mayo de 1996.

VISTO el expediente N° 2002 14.030/95 8, y

CONSIDERANDO:

Que en cumplimiento por lo ordenado por el decreto N° 492/95, se constituyó la Comisión Técnica encargada de la elaboración del Programa Médico Obligatorio (PMO), que se indica en el artículo 1° del citado decreto.

Que la misma ha estado integrada por representantes del Ministerio de Salud y Acción Social, de la Administración Nacional del Seguro de Salud y la Confederación General del Trabajo.

Que dicha Comisión ha analizado las prestaciones médicas a que tiene derecho todo beneficiario de la Seguridad Social, privilegiando la prevención y promoción de la salud y el libre acceso, solidario e igualitario a las Prestaciones de Salud.

Que al mismo tiempo debe darse a las Obras Sociales un instrumento que permita controlar las prestaciones a que están obligadas haciéndolas más eficaces y eficientes desde el punto de vista prestacional y administrativo.

Que algunas prestaciones por su baja incidencia y alto costo deben tener un financiamiento especial.

Que algunas patologías deben tener cobertura aún cuando están contempladas en otros programas todavía no implementados.

Por ello,

El Ministro de Salud y Acción Social

Resuelve:

Artículo 1° — Apruébase el Programa Médico Obligatorio (P.M.O.) para los Agentes del Seguro de Salud, comprendidos en el artículo 1° de la ley N° 23.660, que como Anexo I pasa a formar parte de la presente resolución.

Artículo 2° — El Programa Médico Obligatorio entrará en plena vigencia para su cumplimiento por parte de las Obras Sociales en un plazo de 180 días a partir de la presente resolución.

Artículo 3° — A partir de su vigencia, de acuerdo con el artículo 4° del decreto N° 492 del 22 de setiembre de 1995, en los que algún

Agente del Seguro de Salud no se encuentre en condiciones de brindarle el P.M.O. a la totalidad de sus beneficiarios, dispondrá del plazo allí establecido para proponer a la Administración Nacional del Seguro de Salud su fusión con uno o más Agentes del Seguro de Salud, de forma que permita a sus beneficiarios el acceso al P.M.O. Transcurrido dicho lapso sin que esta fusión se concrete, el mencionado Organismo, dispondrá la fusión obligatoria con otro u otros Agentes del Seguro de Salud.

Artículo 4° — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

ANEXO I

PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO

Se entiende por PMO el régimen de Asistencia Obligatoria para todas las Obras Sociales del Sistema de las leyes Nros. 23.660/23.661, es decir, que todos los Agentes del Seguro involucrados en las mencionadas leyes (y todas las Obras Sociales que adhieran al mismo), deben asegurar a sus beneficiarios que mediante sus propios servicios o a través de efectores contratados, se garantizan las prestaciones de prevención, diagnóstico y tratamiento médico y odontológico. No podrán establecerse períodos de carencia, ni coseguros o copagos, fuera de lo expresamente indicado en este PMO.

Cobertura

1. Atención primaria

Debe contemplar los Programas Generales de promoción y prevención, en coincidencia con los implementados por la autoridad de aplicación jurisdiccional.

Además se deben tener en cuenta los programas especiales según sus grupos de riesgo.

1.0. Programas de promoción y prevención general: Se acuerdan y van en colaboración con la autoridad jurisdiccional.

1.1.1. Plan materno - infantil.

Cobertura del embarazo y el parto a partir del momento del diagnóstico y hasta el primer mes luego del nacimiento.

Atención del recién nacido hasta cumplir un año de edad.

Esta cobertura comprende:

a) Embarazo y parto: Consultas, estudios de diagnóstico relacionados con el embarazo y el parto (estudios de laboratorio, ecografías, monitoreos fetales, etc.), cursos de parto sin temor, grupos de reflexión y/o autoayuda; internación para el parto o la cesárea; medicamentos con cobertura al 100%.

b) Infantil: Será obligatoria la realización perinatólogica de los estudios para detección de la fenilcetonuria y del hipotiroidismo en el recién nacido. Deberán cubrirse las consultas de seguimiento y control; inmunizaciones del período; cobertura del 100% de medicación relativa a cualquier patología acaecida durante el primer año de vida; internaciones clínicas y quirúrgicas que fueran necesarias durante el período. Con el objeto de propender al Plan de Lactancia Materna, se sugiere no cubrir leches maternizadas.

Para la cobertura de leches medicamentosas, se sugieren las siguientes limitaciones: hasta 4 kg/mes y hasta los 3 meses de edad, acompañando resumen de H.C. que justifique la recetamédica.

1.1.2. Programa de enfermedades oncológicas.

Incluyen: Los programas de prevención de los cánceres femeninos: Mama, Cuello Uterino.

Diagnóstico y tratamiento de todas las afecciones malignas, sin cargo alguno para el beneficiario. De acuerdo a los medios de diagnóstico y terapéuticas reconocidas en ambulatorio e internación por la autoridad de aplicación. Se cubrirán solamente medicamentos aprobados por protocolos Nacionales; no se cubrirá medicación incluida en protocolos experimentales en período de prueba.

Se excluyen las denominadas Terapias Alternativas.

1.1.3. Odontología preventiva:

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

1.1.4. Programa de asistencia básica de médicos generalistas: Para la atención adecuada del Primer Nivel Asistencial a través de la implementación de la Historia Clínica unificada y normas de diagnóstico y terapéuticas primarias.

Las Obras Sociales propiciarán el ingreso al Sistema a través de Médicos Generalistas, los cuales deberán ser jerarquizados a nivel de sus remuneraciones, ya sea salariales o de valor consulta.

2. Atención secundaria

Están cubiertas todas las modalidades de recuperación de la salud, en el paciente ambulatorio o internado.

Las especialidades cubiertas son:

- Alergia.
- Anatomía Patológica.
- Cardiología.
- Cirugía.
- Dermatología.
- Endocrinología y Nutrición.
- Gastroenterología.
- Ginecología y Obstetricia.
- Hematología.
- Hemoterapia.
- Inmunología.
- Fisiatría y Rehabilitación.
- Nefrología.
- Neumonología.
- Neurología y Neurocirugía.
- Oftalmología.
- Oncología y Oncohematología.
- Ortopedia y Traumatología.
- Otorrinolaringología.
- Pediatría.
- Proctología.
- Psiquiatría.
- Terapia Radiante.
- Urología.

2.1. Las prestaciones a brindar son:

2.1.1. Consultas generales.

— en consultorio.

— en domicilio (urgencia).

— en internación.

Se sugiere, para la atención domiciliaria, establecer un co-seguro, por cada visita, de \$ 10.-2.1.2.

Consultas especializadas:

— en consultorio.

— en domicilio (urgencia).

— en internación.

Se sugiere no cubrir las testificaciones alérgicas, a excepción de las necesarias para la administración de medicamentos o sustancias de contraste.

Para la atención domiciliaria, se sugiere un co-seguro, por cada visita, de \$ 10.-2.1.3.

Atención odontológica:

Se cubrirán todas las prestaciones que figuren en el Nomenclador Nacional de Obras Sociales.

Se sugiere no cubrir prótesis dentales.

2.1.4. Atención psiquiátrica:

Incluye atención ambulatoria, en cualquiera de sus modalidades, hasta un máximo de 30 sesiones por afiliado y por año. En internación, se cubrirán patologías agudas y hasta 30 días por afiliado y por año.

Se sugiere en la atención ambulatoria, un co-seguro de \$ 5.-por visita.

2.1.5. Medicamentos:

La cobertura será:

— del 40% en ambulatorios, y

— del 100% en internados.

En medicación ambulatoria se recomienda la confección de Vademécum por bandas terapéuticas.

En la medicación de *baja incidencia* y *alto costo*, se otorgará la cobertura del 100%, dado que el abono de porcentajes por parte de los afiliados de ingresos salariales comunes resulta imposible.

Los siguientes ejemplos serán cubiertos al 100% por la propia Obra Social.

— Inmunosupresores (tipo Imurán, etc.), excepto en transplantados. La medicación inmunosupresora en el post-transplantado, estará a cargo de la ANSSAL.

— Eritropoyetina.

— Interferón.

— Inmunoestimuladores (tipo Neupogén, etc.).

— Calcitriol.

— L-acetil carnitina.

— D Nasa (Enfermedad fibroquística).

Para acceder a la provisión de la antedicha medicación (la cual no podrá ser despachada en farmacias), el afiliado deberá presentar:

2.5. Prótesis y órtesis:

Las Obras Sociales brindarán el 100% de cobertura en las prótesis e implantes de colocación interna permanente, recurriendo, de ser necesario, a los subsidios fijados por resolución N° 043/92 - ANSSAL.

Se informará a los especialistas que la indicación de prótesis deberá hacerse por nombre genérico, no

aceptándose la receta con Marcas Registradas o sugerencia de proveedor. La Obra Social cotizará la de menor precio en plaza y ese será el máximo de cobertura reconocido.

Se sugiere no cubrir fijadores externos tipo Orthofix. En lo referente a órtesis y prótesis externas la cobertura de las Obras Sociales será hasta del 50%, no reconociéndose las prótesis denominadas mioeléctricas o bioeléctricas.

2.6. Rehabilitación:

Las Obras Sociales reconocerán y darán cobertura hasta el 100% en los casos de necesidad de rehabilitación motriz, psicomotriz, readaptación ortopédica y rehabilitación sensorial, según los siguientes toques:

- Kinesioterapia, hasta 25 sesiones por afiliado y por año. Se sugiere un co-seguro de \$ 3.- por cada sesión.
- ACV, hasta 3 meses inicialmente y luego según evolución auditada por la Obra Social.
- Postoperatoria de Traumatología, 30 días inicialmente y luego según evolución auditada por la Obra Social.
- Grandes accidentados, 6 meses inicialmente y luego según evolución auditada por la Obra Social.

2.7. Hemodiálisis.

Las Obras Sociales darán cobertura total al paciente hemodializado, siendo requisito indispensable para la continuidad de la cobertura, la inscripción de los pacientes en el INCUCAI, dentro de los primeros 30 días de iniciado el tratamiento dialítico.

2.8. Transplantes y prácticas de alto costo y baja incidencia:

Todas las prácticas contempladas en la resolución N° 043/92 - ANSSAL, continuarán siendo subsidiadas por este organismo.

La ANSSAL tendrá a su cargo la cobertura de los estudios pre y post-transplante, así como de la medicación inmunosupresora en los transplantados.

2.9. Co-seguros:

Los límites máximos que podrán aplicarse serán:

1. Todos los programas de prevención, promoción de la Salud, Plan Materno Infantil, Oncología, Hemodiálisis y toda práctica total o parcialmente subsidiada por la ANSSAL, *no* podrá ser pasible de ningún tipo de co-seguro.

2. Las consultas con médicos generalistas podrán tener un co-seguro de \$ 2.-, en forma de bono moderador.

3. Las consultas especializadas podrán tener un co-seguro de \$ 3.-, en forma de bono moderador.

4. Las prácticas de diagnóstico podrán tener un co-seguro de \$ 5.-, que se abonará al momento de realizarse la práctica (sólo en ambulatorio).

5. Las prácticas de alta complejidad podrán tener un co-seguro de \$ 10.-Las prácticas médicas y diagnósticas (para cada patología, que no aparezcan en la norma correspondiente del Plan de Garantía de Calidad de la Atención Médica), serán eliminadas de la cobertura de las Obras Sociales.

• Historia Clínica. Protocolo de tratamiento, incluyendo dosis diaria y tiempo estimado de tratamiento. Bibliografía avalatoria de dicho protocolo.

La siguiente medicación será tramitada a través de la ANSSAL para su provisión y según las normas que ésta decida para su otorgamiento.

- Factor VIII y Antihemofílicos.
- Somatotropina.

- Ceredace (tratamiento de la enfermedad de Gaucher).
- Medicación anti-HIV y anti-SIDA.

La medicación *no* oncológica, de uso en protocolos oncológicos, tendrá la misma cobertura que la medicación ambulatoria, es decir, el 40%.

2.2. Internación:

Incluye todas las prácticas médico - diagnósticas y/o terapéuticas de la atención ambulatoria, más las reconocidas como de aplicación fundamental en la internación, como Anatomía Patológica, Anestesiología, medicamentos y material descartable.

2.2.1. General:

- Clínica médica.
- Clínica quirúrgica.

2.2.2. Especializada:

- Cardiovascular.
- Psiquiátrica (hasta 30 días y sólo en casos agudos).
- Tocoginecológicas.
- Pediátricas.
- Neonatológicas.
- UTI.
- UCO.
- UCI.

2.3. Medios de diagnóstico (ambulatorio e internación):

2.3.1. Laboratorio:

Incluye todas las prácticas incluidas en el Nomenclador Nacional y aquellas que la Superintendencia Asistencial defina en el futuro.

- General.
- Hematología.
- Endocrinología.
- Bacteriología.
- Medicina Nuclear. RIE.
- Parasitología.
- Virología.
- Enzimología.
- Serología.
- Inmunología.
- Oncología.

2.3.2. Imágenes:

- Radiología convencional.
- Mamografía.
- Hemodinamia.
- Centellografía.
- TAC.
- Ecografía.
- Cámara Gamma.

2.4. Traslados en ambulancia:

Destinados a pacientes que no puedan movilizarse por sus propios medios, desde, hasta o entre establecimientos de

salud; con o sin internación, y que sea necesario para el diagnóstico o tratamiento de su patología.

Todas aquellas prácticas no contempladas en este Programa Médico Obligatorio (P.M.O.) podrán ser brindadas por las Obras Sociales a través del mecanismo de la Vía de Excepción.