

Programa Médico Obligatorio

–PMO–

EL PMO ES UN LISTADO DE POLÍTICA SANITARIA QUE SE BASÓ EN EL NOMENCLADOR NACIONAL QUE ES UN INSTRUMENTO ADMINISTRATIVO POR MEDIO DEL CUAL LOS PRESTADORES FACTURAN LAS PRESTACIONES MÉDICAS Y LOS FINANCIADORES CONTROLAN.

EN TU TAREA DIARIA COMO RECURSO DE ADMISIÓN -ESPECIALMENTE EN EL ÁREA DE PRESTACIONES AMBULATORIAS-, ES IMPORTANTE SABER DE QUÉ SE TRATA ESTE TEMA DADO QUE LAS OBRAS SOCIALES Y EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA DEBEN CUBRIR LAS PRÁCTICAS CONTENIDAS DENTRO DEL NOMENCLADOR NACIONAL EN EL CUAL SE BASÓ EL CATÁLOGO/LISTADO Y TE ENCONTRARÁS EN OCASIONES CON PRESTACIONES QUE SE SOLICITAN SEAN AUTORIZADAS POR SER NO NOMENCLADAS, ES DECIR QUE ESTÁN FUERA DEL NOMENCLADOR, Y POR ENDE SIN COBERTURA DEL PMO.

TAMBIÉN TE ENCONTRARÁS CON PACIENTES-CLIENTES QUE TE RECLAMARÁN QUE TU LUGAR DE TRABAJO DEBE BRINDAR LA PRÁCTICA PORQUE “ME LA CUBRE EL PMO”.

SEA CUAL FUERE LA RAZÓN, DEBES CONOCER DE QUÉ SE TRATA

Para iniciar el tema copiaremos la **Resolución** que modifica integralmente al **PMO** e iremos aclarando lo necesario para su comprensión.

PMO-Modificación Integral Del Programa Médico Obligatorio

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”.

A continuación detallaremos los principales puntos de la Resolución en sus “**considerandos**” y los analizaremos:

Que el Programa Médico Ambulatorio, aprobado por la Resolución citada en el Visto, es el conjunto de prestaciones a que tiene derecho todo beneficiario de la Seguridad Social.

Es importante recordar que si bien el **P.M.O** fue pensado por los “**Agentes del Seguro de Salud**”, la **Ley 24.754** promulgada el 3 de enero de 1997, indica en su Artículo 1 que a partir de 90 días de promulgada la presente ley, las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga , deberán cubrir como mínimo en sus planes de cobertura médico asistencial, las mismas “**prestaciones obligatorias**” dispuestas para las Obras Sociales , conforme a los establecido por las leyes 23660, 23661 y 24455 y sus respectivas reglamentaciones.

Además recordemos que la **Ley 26.682** del Marco regulatorio de Medicina prepaga, en su **Artículo 7** indica “**Obligación**”. Los sujetos comprendidos en el **artículo 1º** de la presente ley **deben cubrir, como mínimo en sus planes de cobertura médico asistencial, el Programa Médico Obligatorio** vigente según Resolución del Ministerio de Salud de la Nación y el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad prevista en la ley 24.901 y sus modificatorias.

Lo expuesto indica claramente que a dichas entidades también les alcanza el PMO

Que si bien la idea de establecer límites en la cobertura está presente en casi todos los sistemas de Salud del mundo, los rangos de variación son amplios y en el caso particular de nuestro país **no resulta aceptable la implantación de un menú que reduzca las prestaciones habituales.**

Que, independientemente de la extensión de la cobertura planteada en este Programa Médico Obligatorio, **no existen patologías excluidas del mismo.**

La claridad es absoluta: no se puede limitar las prestaciones incluidas en el P.M.O, ni las patologías que provocan la realización de dichas prestaciones.

Que es necesario definir con claridad las **prácticas** incluidas en el Programa Médico Obligatorio y por tanto corresponde establecer un Catálogo de Prestaciones a brindar por los Agentes del Seguro.

Es necesario ver con atención este párrafo pues define claramente que es el PMO: un CATALOGO, y si nos guiamos por la definición de la palabra nos está indicando que es “una lista ordenada y clasificada”.

Que el citado Catálogo debe ser la resultante de una minuciosa revisión del **tradicional Nomenclador Nacional**, que a pesar de estar **derogado** continúa siendo **un elemento orientador** en la administración del sistema y del **agregado de aquellas prácticas** que se han incorporado a la asistencial en los últimos años, siempre que las mismas cuenten con el suficiente aval científico por su probada eficacia, atravesando un análisis sistematizado de la evidencia.

El “**tradicional Nomenclador Nacional**” fue derogado a comienzos de los 80 junto a otras leyes, resoluciones y decretos promulgados por la Junta Militar que gobernó nuestro país del 76 al 83; sin embargo **todos** los elementos que luego fueron implementados en el Sistema de salud, siguen basándose en él y continúa siendo “**un elemento orientador**”, tal como lo expresa el PMO.

El “**agregado**” se refiere a todas las prestaciones que debido al avance médico y tecnológico (sobre todo este último) se encuentran disponibles y son de eficacia probada.

El Anexo II del Catálogo de Prestaciones expresa

Este catálogo de prácticas y procedimientos 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, no afectando la libertad de contratación ni los acuerdos de aranceles entre los Agentes del Seguro de Salud y los prestadores del servicio. ***Su función es brindar a los beneficiarios un listado de prestaciones en forma de catálogo que los Agentes del Seguro de***

Salud se encuentran obligados a brindar en las condiciones establecidas.

Por ello es que este listado no define Normas de Facturación ni de Contratación, sólo le indica a quienes les compete cuales son las prestaciones a las que obligatoriamente deben dar cobertura.

Cuando uno lee el PMO como catálogo, podrá ver que en el Anexo I Punto 2.1 se listan las especialidades médicas cubiertas, entre las mismas se ve claramente a Hematología.

Al observar el Anexo II, veremos que la especialidad mencionada no consta dentro del mismo, el Prefijo del NN 23 (que es el que agrupa a las prestaciones de Hematología), ha sido suprimido.

La pregunta es: de ahora en adelante el Financiador ¿no cubre más Prácticas Hematológicas y si una Resonancia Magnética Nuclear?

Seamos lógicos: cubre ambas, lo que sucede que en el Catálogo/Listado se trató de “acortar” en contenido si la referencia era obvia.

Todo lo contenido en el mencionado Prefijo, que ya veremos más adelante, tiene que ver con prestaciones cuyo homólogo bioquímico posee Laboratorio, y por ende si la está cubierta por las técnicas bioquímicas de igual modo por las Hematológicas.

Expresa “no es un listado indicativo de facturación prestacional, las prácticas citadas podrán ser realizadas por la especialidad correspondiente”, clara alusión por ejemplo, a Hematología.

En algunas ediciones del Nomenclador Nacional, existen Códigos completos tachados con una línea o frases dentro de los mismos. A los fines de utilizarlo para Facturar y/o Auditar le indicamos leer el texto y/o código tachado como si esa línea no existiera, ya que esas ediciones fueron impresas de esa forma para que aquel que adquiera el Nomenclador Nacional, pudiera tener en un sólo ejemplar ambos instrumentos: PMO + NN.

DUDAS USUALES SOBRE EL PMO AL MOMENTO DE DAR COBERTURA, FACTURAR O AUDITAR

¿Las prestaciones que no se encuentran dentro del listado porque los Códigos fueron suprimidos, acortados o modificados deben ser cubiertas?

Respuesta: **SI**

¿Por qué razón se suprimieron Códigos y se modificaron textos de algunos entonces?

Porque se consideró redundante en ciertos casos colocarlo, como forma de acortar el listado y además porque en algunos códigos se pensó que la frase principal daba idea cabal de la prestación a realizar

Veamos algunos ejemplos:

Ejemplo de Prefijo (y todos los Códigos que contiene) Suprimido:
Prefijo 23 –HEMATOLOGÍA- suprimido por completo del Listado

Si se menciona en el Anexo I a la Hematología como especialidad a brindar, se cubren las

prestaciones que deriven de la consulta a la misma.

Ejemplo de código con texto modificado y código suprimido:

El NN menciona

Código 03.10.01: Queiloplastia, Labio Leporino –unilateral-

Código 03.10.02: Queiloplastia, Labio Leporino –bilateral-

En el PMO quedó de este modo:

Código 03.10.01: Queiloplastia, Labio Leporino ~~–unilateral-~~

Código ~~03.10.02: Queiloplastia, Labio Leporino –bilateral-~~

Utilizando nuevamente la lógica, lo que trató de hacer el listado del **PMO** es decir claramente que **es obligatoria la cobertura de la Queiloplastia/Labio Leporino**; a la hora de facturar, si el paciente es portador de Labio Leporino Bilateral, se utilizará el Código 03.10.02 **a pesar de no estar dentro del listado.**