

***PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO
(P. M. O.)***



AUTORIDADES NACIONALES

PRESIDENTE DE LA NACIÓN
DR. FERNANDO DE LA RÚA

MINISTRO DE SALUD
DR. HÉCTOR LOMBARDO

SUPERINTENDENTE DE SERVICIOS DE SALUD
DR. RUBÉN CANO

MINISTERIO DE SALUD
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO
(P. M. O.)

MARZO 2001

Diagramación, composición y armado:

CALIGRAFIX SERVICIOS GRÁFICOS INTEGRALES S. H.

Correo-E: caligrafix@polonet.net.

Fotocromía:

eMe gráfica

Correo-E: emegráfica@arnet.com.ar

Impresión:

Talleres Gráficos DEL S. R. L.

Humboldt 1803

Buenos Aires

Telefax: 4777-9177

Buenos Aires, marzo de 2001.

SUMARIO

Considerandos Resolución 939/00 MS	11
--	----

Anexo I - Cobertura

Programa Médico Obligatorio	19
1.- Programa de atención médica primaria	19
2.- Programas de prevención	21
Algoritmo para el diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino	26
Algoritmo del diagnóstico precoz en pacientes en riesgo estándar para el cáncer de mama	28
3.- Atención secundaria	34
4.- Salud mental	36
5.- Rehabilitación	37
6.- Odontología	38
7.- Medicamentos	43
8.- Otras coberturas	45
9.- Coseguros	46

Anexo II - Catálogo de Prestaciones del Programa Médico Obligatorio

Normas generales	53
Tablas prestacionales	55

Anexo III - Guías de orientación para el diagnóstico y tratamiento de los motivos de consulta prevalentes en la atención primaria de la salud

Acné	95
Anemia	99
Ansiedad, depresión e insomnio	103
Asma	113

MINISTERIO DE SALUD

Cefalea	.115
Colon irritable (CI)	.119
Constipación	.121
Diabetes	.123
Enfermedad cerebrovascular (ECV)	.133
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	.137
Enfermedad vascular periférica	.141
Hipercolesterolemia	.145
Hipertensión arterial (HTA)	.149
Hombro doloroso	.155
Infecciones urinarias	.157
Insuficiencia cardíaca (IC)	.161
Litiasis biliar (LB)	.165
Litiasis renal	.167
Lumbalgia	.171
Mareo y vértigo	.175
Micosis superficiales y dermatitis	.177
Obesidad (OB)	.185
Algoritmo de decisión para el manejo del paciente obeso	.187
Paciente con síntomas músculo-esqueléticos	.189
Patología aguda de la vía aérea superior	.195
Problemas de las tiroides	.201
Problemas frecuentes en coloproctología	.205
Problemas frecuentes en geriatría	.211
Profilaxis de trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar	.217
Síncope	.219
Tabaquismo y alcoholismo	.221
Tuberculosis (TBC)	.225
Algoritmo de decisión para contactos de TBC infecciosa	.229
Algoritmo de decisión para contactos de TBC probablemente resistente	.230

CONSIDERANDOS RESOLUCIÓN 939/00 MS

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

Que si bien dicho Programa tuvo el innegable valor de establecer un criterio uniforme para todos los Agentes del Seguro sobre sus obligaciones en materia prestacional, la experiencia acumulada desde su implementación, permite advertir la necesidad de efectuar correcciones y ajustar su contenido no sólo orientado a dar mayores precisiones, sino también a señalar prioridades claras vinculadas con la prevención y la racional utilización de los recursos del sistema.

Que es una política de Estado en Salud la determinación de un conjunto de servicios de carácter obligatorio como piso prestacional por debajo del cual ninguna persona debería ubicarse en ningún contexto.

Que debe resolverse el choque entre la ética y la conciencia del derecho universal a la Salud por una parte y por otra la estrecha capacidad de respuesta del sistema, integrado por actores de diversos orígenes, opiniones e intereses en un marco de recursos finitos.

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 particular caso de nuestro país no resulta aceptable la implantación de un menú que reduzca las prestaciones habituales.

Que lo dicho obliga a una tarea de normatización que asegure el mejor rendimiento de cada recurso, junto con otras acciones que produzcan un cambio de hábitos en todos los participantes del sistema.

Que por lo dicho resulta necesario redefinir el modelo asistencial, detallar las acciones de prevención a llevar a cabo, precisar el menú de prestaciones incluidas y reformular el régimen de coseguros a cargo de los beneficiarios.

MINISTERIO DE SALUD

Que debe quedar garantizado el mecanismo para la actualización del Programa Médico Obligatorio en virtud del carácter dinámico del conocimiento científico, estableciendo una metodología de análisis para la incorporación de tecnologías que asegure la probada eficacia de todo procedimiento diagnóstico o terapéutico a financiar por la Seguridad Social.

Que los Agentes del Seguro son responsables de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la Salud de sus beneficiarios y no meros financiadores de las prestaciones.

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

Que la salud no es un don o un privilegio, es una situación natural a ser preservada, que trasciende lo individual, es el resultado productivo de una tarea conjunta que compromete a toda la sociedad.

Que el considerar a la salud como una inversión y no como un gasto no habilita a desentenderse del problema del financiamiento, pues hacerlo supondría la transformación de los derechos en cuestiones dialécticas y virtuales, sobre todo recordando que ha sido una decisión nacional que este sostenimiento económico se construya sobre una base solidaria y por tanto, el mismo origen de los fondos compromete su uso racional y obliga a la obtención de los máximos resultados posibles.

Que las dificultades de financiamiento lejos de ser un problema circunscrito a nuestro país son un dilema mundial. Frente a esta crisis se han desarrollado modelos desintegrados de restricción a excesos presuntos y reales, se ha coartado la accesibilidad o dilatado la resolución de la enfermedad, a pesar de lo cual no se corrigió el desbalance económico, pero si se atacó a la calidad.

Que la solución está planteada en los términos de la prevención, del rigor científico que sustenta las prácticas a financiar y fundamentalmente del Modelo de Atención.

Que este modelo debe poseer un sistema de atención integrado donde lo multidisciplinario sea superado por lo interdisciplinario. Y donde además de tratar

PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO

eficientemente la enfermedad se aproveche cada oportunidad de contacto para instaurar el hábito de la prevención. Consecuentemente se podrá, progresivamente, cambiar el eje de la enfermedad a la salud, de lo demandado a lo necesario.

Que la integración en el proceso de atención debe unir, en un circuito lógico y previsto, a los profesionales e instituciones actuantes, para coordinar las acciones dentro de los programas preventivos, evitar innecesarias duplicaciones del gasto y brindar a los pacientes una conducción continente del tratamiento de su enfermedad.

Que los beneficiarios del sistema esperan servicios dados en un marco de calidad y respeto, con dedicación personalizada y con soluciones. Para esto la estructura prestadora debe ofrecer, sobre la base de una estrategia, un camino ordenado e integrado de atención que construya la solución, con accesos claros e interacciones articuladas de los profesionales y prestaciones necesarias.

Que dentro de la Atención Médica Primaria resulta fundamental la presencia palpablemente cercana de un médico, que inicie, conduzca y sostenga el proceso del cuidado y de la recuperación de la salud. Este médico debe tener sus raíces en el clásico Médico de Familia, en el conocimiento universalista e interrelacionante de las especialidades del Clínico, en la visión ampliada que introdujeron los Médicos generalistas y en el concepto y metodología de la moderna Medicina Familiar. Debe poseer fundamental y excluyentemente una pericia, necesaria en todas las ramas de la Medicina pero distintiva, definitoria y paradigmática de este rol: ser un experto en la relación médico-paciente.

Que desde ese vínculo, terapéutico en sí mismo y potenciador de todos los esquemas sanitarios, desde una aptitud ligada a una sólida formación en medicina general y desde una actitud de compromiso y acercamiento con la población a su cargo, se convierte en la referencia para los temas de Salud de una familia.

Que la implementación de este Modelo de Atención busca desarrollar una tarea asistencial eficiente que se destaque por su respeto hacia los pacientes, unir a la clásica actitud medica asistencial un accionar preventivo con participación de los destinatarios, la existencia cierta y palpable de responsables de la atención, integrar los niveles de atención y lograr el mejor aprovechamiento del recurso económico disponible.

MINISTERIO DE SALUD

Que este cambio de Modelo requiere de una implementación gradual para permitir una reconversión y capacitación del recurso humano profesional.

Que en carácter de colaboración en la actividad diaria de los médicos que tienen a cargo la atención primaria de la salud, resulta conveniente incorporar a este programa 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 práctica asistencial.

Que la obligatoriedad y uniformidad de las acciones de prevención en todos los Agentes del Seguro permite evaluar su implementación y resultados así como dar espacio a las necesarias correcciones de rumbo en base a las mediciones efectuadas sobre el proceso sanitario.

Que con el objetivo de lograr el mayor impacto sanitario, se incluyen en esta etapa los Programas de Prevención para Cáncer de Mama y de Cuello Uterino, el Plan Materno Infantil y el Examen de la Persona Sana por Sexo y Década de la Vida.

Que dentro de las herramientas existentes en la actualidad en la prevención primaria y secundaria de múltiples patologías, pocas resultan tan costo-efectivas como los talleres y las actividades grupales. Su inclusión dentro del Programa Médico Obligatorio busca incorporar esta técnica de alto rendimiento en el manejo de prevención en salud mental, en enfermedades crónicas prevalentes y en el mejoramiento de la calidad de vida.

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.

Que el citado Catálogo debe ser la resultante de una minuciosa revisión del tradicional Nomenclador Nacional, que a pesar de estar derogado continua siendo un elemento orientador en la administración del sistema y del agregado de aquellas que se han incorporado a la práctica 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.

PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO

Que en este sentido, la medicina basada en la evidencia introduce una metodología en el análisis de costo-efectividad y costo-beneficio permitiendo tomar decisiones que impliquen el mejor balance entre beneficios, costos y consecuencias.

Que corresponde asimismo respaldar el compromiso de la asignación racional de los recursos, avanzando en la normatización del uso de aquellas prácticas cuya indicación no resulte universalmente adecuada, y por lo tanto su inclusión en el Programa Médico Obligatorio deba ser ajustada conforme su respaldo científico.

Que resulta conveniente establecer el mecanismo de evaluación y actualización permanentes del Programa Médico Obligatorio, a través de la conformación de una Comisión Asesora, integrada por representantes de los Agentes del Seguro y el Ministerio de Salud, que efectúe las consultas necesarias a las Sociedades Científicas, Agrupaciones Profesionales y reconocidos Expertos, para valorar la evidencia que respalde la incorporación o eliminación de una determinada tecnología del Programa.

Que para orientarse hacia el objetivo de la racional utilización de los recursos y en el contexto de la amplia oferta tecnológica que se dispone actualmente, resulta útil establecer en el marco de este programa los usos e indicaciones de aquellas prácticas de mayor costo y complejidad, tarea que implica una extensa revisión bibliográfica y de consenso de expertos, por lo que, si bien ya ha sido iniciada, será completada en futuras actualizaciones. Que dentro de las modalidades asistenciales que deben brindar los Agentes del Seguro corresponde jerarquizar aquellas que consideren al ser humano en su dimensión individual y familiar buscando su recuperación en el contexto más favorable. En este sentido es necesario adjudicar a la internación domiciliaria el mismo nivel de cobertura que la internación en un establecimiento asistencial.

Que merece una mención especial el tratamiento de los enfermos terminales, promoviendo el desarrollo de programas que contemplen el derecho a una muerte digna, considerando como prioridad el tratamiento del dolor y los síntomas angustiantes, buscando en lo posible la desinstitucionalización de dichos pacientes o su atención en centros que privilegien el cuidado, el confort y la contención del paciente y su familia.

MINISTERIO DE SALUD

Que corresponde reformular el capítulo de Atención Odontológica estableciendo niveles de complejidad y segmentando a la población por edades y grupos de riesgo, garantizando la accesibilidad sin costo a las prácticas preventivas y a las urgencias, así como a los menores de 18 y los mayores de 65 años, y los incluidos en el Plan Materno Infantil.

Que es necesario especificar el alcance de la cobertura en diferentes rubros que no han sido abordados por el Programa Médico Obligatorio hasta el momento, tales como Óptica, Audiología, Foniatría y Psicopedagogía. También corresponde revisar criterios respecto de los coseguros, estableciendo un régimen consistente con la estrategia de Atención Primaria de la Salud, y aclarar para cada práctica su encuadramiento en alta o baja complejidad y el monto que se determina como copago.

Que resulta necesario dejar establecida la cobertura de los tratamientos ambulatorios con medicación de alto costo, no oncológica, de probada eficacia, para garantizar el acceso de los pacientes a una determinada terapéutica específica que tendrá financiamiento por el Fondo Solidario de Redistribución.

Que las presentes modificaciones se consideran la puesta en marcha de una nueva modalidad en la fijación de Políticas de Salud para el área de la Seguridad Social y por ende en la fiscalización de su cumplimiento. En este sentido la Superintendencia de Servicios de Salud podrá verificar el nivel de adecuación de los Agentes del Seguro a los nuevos requerimientos, sin duda ayudada por la nítida definición de las obligaciones.

Que la presente reforma del Programa Médico Obligatorio ha sido encarada de un modo netamente participativo, al efectuarse rondas de consultas con los principales actores del sistema: Agentes del Seguro Sindicales y de Dirección, Entidades de Medicina Pre-paga, Sociedades Científicas, Entidades Gremiales Profesionales de distintas ramas del arte de curar, amén de aportes espontáneos individuales y de distintos grupos de variada representatividad de todo el país.

Que todos han efectuado su aporte, de indiscutible valor a la hora de confeccionar una síntesis, que ha sido guiada por una línea política definida: privilegiar la prevención, generalizar la Estrategia de Atención Primaria y profundizar el criterio de equidad”.

ANEXO I

COBERTURA

PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO

Definición

Es el Programa de Salud de cumplimiento obligatorio para todos los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud y aquellos que en el futuro adhieran al mismo.

Se desarrolla sobre la base de las estrategias de Atención Primaria de la Salud, privilegiando las acciones de prevención.

Se encuentra alcanzado por lo establecido en las Leyes 24.455 y 24.901, en los Decretos 1.424/97 y 1.193/98 y en las Resoluciones MSyAS 625/97, 301/99, 542/99 y 791/99.

Comprende la modalidad preventiva y asistencial detallada en el presente Anexo I y las prestaciones contenidas en el Catálogo descrito en el Anexo II de la presente Resolución.

Los Agentes del Seguro deberán garantizar a sus beneficiarios mediante servicios propios o contratados el acceso oportuno, libre e igualitario a las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la Salud.

COBERTURA

Los beneficiarios tendrán derecho a la totalidad de las prestaciones detalladas en el Anexo II de la presente resolución (Catálogo de Prestaciones del P.M.O.) No están incluidas en la cobertura las prestaciones efectuadas fuera del país.

1.- PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA

1.1.- CARACTERÍSTICAS BÁSICAS

Este programa provee la asistencia médica fundamental, puesta efectivamente al alcance de todos los individuos y familias beneficiarias de la Seguridad Social, estimulando la participación de las mismas, logrando un beneficio superador en la inversión en Salud, acentuando la prevención de la enfermedad y la promoción y educación para la Salud sin olvidar el tratamiento oportuno y eficiente de la enfermedad. Se destaca por la permanente búsqueda de cercanía con los beneficiarios y por un marcado respeto hacia ellos en todas sus acciones. Representa el primer nivel de contacto con las personas, las familias y la comunidad dentro del marco del Sistema Nacional de Salud. Coloca como objetivo a la Salud y no a la enfermedad.

1.2.- OPERATORIA

Los Agentes del Seguro deberán implementar un modelo de atención que incluya:

A) Un profesional que cumpla el rol de médico de la familia, que, por convertirse en el referente de todos los temas de Salud, funcionalmente se denomina Médico Referente (MR).

Será seleccionado por poseer una sólida formación en medicina general y un excelente manejo de la relación médico-paciente. Calificarán particularmente los médicos que hubieran participado en programas de capacitación y reconversión profesional para Atención Primaria de la Salud.

El Médico Referente desarrollará las siguientes tareas:

- a) Constituirse en el responsable de la atención de un grupo poblacional asignado.
- b) Ser puerta de Entrada al Sistema de Atención programada y realizar el encuadre general del paciente, organizar el proceso de estudio y tratamiento, solicitar la interconsulta especializada, recibir la opinión del especialista consultado y dar continuidad a la atención.
- c) Realizar el seguimiento horizontal y vertical de la atención de la población bajo su responsabilidad.
- d) Efectuar acciones de promoción y educación que tiendan a generar hábitos en el cuidado de la salud en cada oportunidad de contacto.
- e) Participar en los programas generales de prevención.
- f) Ofrecer un diagrama horario de atención en consultorio que garantice la obtención de turnos programados dentro de los tres días hábiles de la solicitud.
- g) Realizar atención en domicilio en forma programada garantizando la unidad y continuidad de la atención.
- h) Visitar a los internados a efecto de acompañar al paciente en la internación, contener a él y su familia, relacionarse con los médicos responsables de la atención en la internación volcando su conocimiento sobre los antecedentes del paciente, observar la calidad de la atención y efectuar las sugerencias que fueran necesarias.
- i) Participar en las reuniones que el Agente del Seguro convoque para evaluación y control de la evolución del modelo asistencial implementado.
- j) Desarrollar acciones de anticipación a la demanda buscando vincularse con el segmento de población a cargo que no requirió de sus servicios en base a las estrategias diseñadas por el Agente del Seguro.
- k) Interactuar con los demás profesionales del sistema centralizando la infor-

PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO

mación a efectos de poder mantener actualizada la Historia Clínica Familiar Única y dar continuidad al proceso asistencial.

B) Un Equipo Base de Atención Médica Primaria (EBAMP). Es la estructura básica organizativa y funcional que desarrolla en forma continua y compartida las actividades de la Atención Primaria de la Salud, se interrelaciona con el resto de los niveles de atención, garantizando que la asistencia sea integral e integrada. Es pilar fundamental y responsable de la ejecución y éxito de la prevención, preocupación máxima del Modelo de Atención de la Salud.

Esta integrado por el MR, un Pediatra y un Ginecólogo específicamente asignados como equipo para una población determinada. El MR actúa como coordinador del mismo. Participan en forma conjunta en el proceso de atención y en la ejecución de los Programas de Prevención. Los beneficiarios accederán en forma directa a estos profesionales.

1.2.1.- Normas generales

Los MR tendrán una población a cargo asignada no mayor a 1.000 personas. Su remuneración no debe basarse sobre el pago por acto médico.

El acceso a los integrantes del Equipo Base de Atención Primaria debe garantizar la obtención de turnos dentro de los tres días hábiles de la solicitud.

Los Agentes del Seguro deberán incorporar a este sistema como mínimo al 20% de su población beneficiaria por año en los siguientes cuatro años contados a partir de la vigencia de esta resolución. Los beneficiarios no ingresados a este modelo de atención, accederán a la consulta médica general y especializada de la misma forma que lo han hecho hasta el presente y continuarán abonando los mismos valores de coseguro en consulta médica estipulados en la Res. 247/96 MsyAS.

2.- PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

Los programas de prevención incluidos en este capítulo son los de mayor importancia para la población general. Cada Agente del Seguro desarrollará, en base al conocimiento epidemiológico particular de su población, programas específicos de prevención que ataquen los riesgos prevalentes, además de cumplir con los programas enunciados a continuación.

Se deberá valorar que la simple existencia u oferta de estos programas no constituye el cumplimiento acabado de los mismos. La cantidad de beneficiarios que se logre incluir en esta sistemática y su continuidad en el tiempo son las cua-

lidades a valorar. A este fin los Agentes del Seguro desarrollarán políticas activas de captación dentro de la población beneficiaria.

2.1.- PLAN MATERNO-INFANTIL

Este plan abarca la cobertura del embarazo y del parto a partir del momento del diagnóstico y hasta el primer mes luego del nacimiento. Atención del recién nacido hasta cumplir el año de edad.

Comprende:

Cobertura del 100% de la atención integral del embarazo, parto y del recién nacido.

Cobertura del 100% en medicamentos inherentes al estado de embarazo, parto y puerperio para la madre y del 40 % para medicamentos ambulatorios no relacionados. Cobertura del 100% en medicamentos para el niño hasta el año de vida.

2.1.1.- Atención del embarazo

En embarazos normales se realizará un control mensual hasta la semana 35, quincenal de la 35 a la 38 y semanal desde la 38 hasta el parto.

En embarazos de riesgo, se deberán contemplar controles sin restricciones, con la cobertura de los estudios que cada patología requiera.

2.1.1.1.- Primer control / Primer trimestre

- Anamnesis y confección de historia clínica
- Determinación de la edad gestacional y fecha probable de parto. Examen gineco-obstétrico y mamario.
- Examen clínico general.
- Exámenes de laboratorio: grupo y factor Rh, hemograma, glucemia, uremia, orina completa, VDRL, serología para Chagas, toxoplasmosis, HIV y HbsAg.
- Estudio bacteriológico de orina en pacientes con antecedentes de infección urinaria.
- En madres Rh negativo realizar prueba de Coombs indirecta; si fuera positivo repetir en la semana 32. Realizar grupo y factor al padre del niño.
- Colposcopia y Papanicolaou.
- Ecografía obstétrica.
- Evaluaciones cardiológica y odontológica.
- Educación alimentaria.

PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO

2.1.1.2.- Segundo trimestre

- Ecografía obstétrica.
- Exámenes de Laboratorio: hemograma, recuento de plaquetas, uremia, uricemia, glucemia y orina entre las semanas 24 y 28.
- Glucemia postprandial o curva de tolerancia a la glucosa en caso de necesidad.
- Vacuna antitetánica en el 5º mes; primera dosis para la paciente no vacunada o con vacunación vencida.

2.1.1.3.- Tercer trimestre

- Hemograma, eritrosedimentación, glucemia, orina, coagulograma, VDRL. uricemia.
- Electrocardiograma y riesgo quirúrgico.
- Ecografía.
- Curso psicoprofilaxis obstétrica
- Monitoreo semanal a partir de la semana 36.

2.1.2.- Atención del parto y puerperio inmediato

- Internación. Será, como mínimo, de 48 hs para un parto vaginal y de 72 hs para una cesárea.
- En madres Rh (-) no sensibilizadas con hijos (+) se dará cobertura con gama globulina anti-Rh dentro de las 72 hs de ocurrido el parto y durante la internación. En madres Rh (-) cuyos embarazos terminan en abortos se dará cobertura de gama globulina anti-Rh.
- Consejos para lactancia materna, puericultura y procreación responsable.

2.1.3. - Atención del recién nacido y hasta el año de vida

Cobertura: brindar cobertura de internación de 48 hs con control adecuado por profesional a todos los recién nacidos. En caso de recién nacidos patológicos brindar cobertura de internación, medicamentos y métodos diagnósticos sin límite de tiempo.

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN Y CONTROLES.

Promover el contacto inmediato del recién nacido con la madre.

- Estudios para detección de fenilcetonuria, hipotiroidismo y enfermedad fibroquística.
- Búsqueda semiológica de signos de luxación congénita de cadera (Maniobra de Ortolani). Se solicitará ecografía de cadera en los nacimien-

MINISTERIO DE SALUD

tos en podálica, con semiología positiva o dudosa y en niñas con antecedentes familiares.

- Determinación de grupo y factor Rh, Aplicación de Vitamina K 1 mg. intramuscular.
- Aplicación de vacuna BCG al recién nacido antes del alta.
- Provisión de libreta sanitaria infantil donde se consignarán: peso, talla, Apgar, características del parto y patologías obstétrico-neonatales.
- Consultas de seguimiento y control post-alta, al 10° día del nacimiento y luego con frecuencia mensual.
- Inmunizaciones del período.
- Con el objeto de promover la lactancia materna no se cubrirán leches maternizadas. Para la cobertura de leches medicamentosas se cubrirán 4 kg/mes hasta los 3 meses de edad. La indicación médica se acompañará de resumen de Historia Clínica que la justifique.
- A partir del segundo semestre, en los niños que no reciban leche materna se recomienda la de leche de vaca fortificada con hierro, zinc y ácido ascórbico, en consonancia con el Programa Materno Infantil público, para la prevención de la anemia por deficiencia de hierro. En niños mayores de 4 meses que no reciban leche fortificada con hierro, se deberá cubrir la suplementación medicamentosa con hierro oral hasta los 18 meses.

DETECCIÓN CLÍNICA DE DEFICIENCIAS SENSORIALES.

Al segundo día de vida el neonatólogo, verificará prioritariamente:

- Audición (movimiento de defensa ante ruidos)
- Sensibilidad ante estímulos táctiles
- Reflejos

A la semana de vida se efectuarán y asentarán en la ficha del neonato los siguientes controles: control de audición por ruidos, reflejo fotomotor, reflejo de Moro, reflejo de prehensión palmo plantar, reflejo de enderezamiento y marcha.

Recomendaciones ante la detección de deficiencias sensoriales

- Después del primer mes evaluar la indicación de estimulación temprana.
- De persistir baja reactividad a los estímulos sensoriales deberán realizarse potenciales evocados auditivos y visuales.
- En las deficiencias sensoriales de niños distróficos se dará tratamiento prioritario de la distrofia.
- Detectada la hipoacusia:

PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO

- Diagnóstico de la hipoacusia con potenciales evocados hasta los dos años.
- Taller de estimulación del niño hipoacúsico
- Comenzar rehabilitación fonoaudiológica en forma temprana.

2.2.- *PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO*

El cáncer de cuello uterino es una de las causas de mayor morbimortalidad evitable de la patología oncológica de la mujer. La detección precoz es la manera de disminuir la morbimortalidad de esta patología

Se debe realizar:

Papanicolaou (PAP) inicial a toda mujer mayor de 25 años que haya iniciado su vida sexual. Si fuera normal, el mismo se repetirá a los tres años del anterior, manteniendo esta periodicidad hasta los 70 años. Después de los 70 años se efectuará cada cinco años.

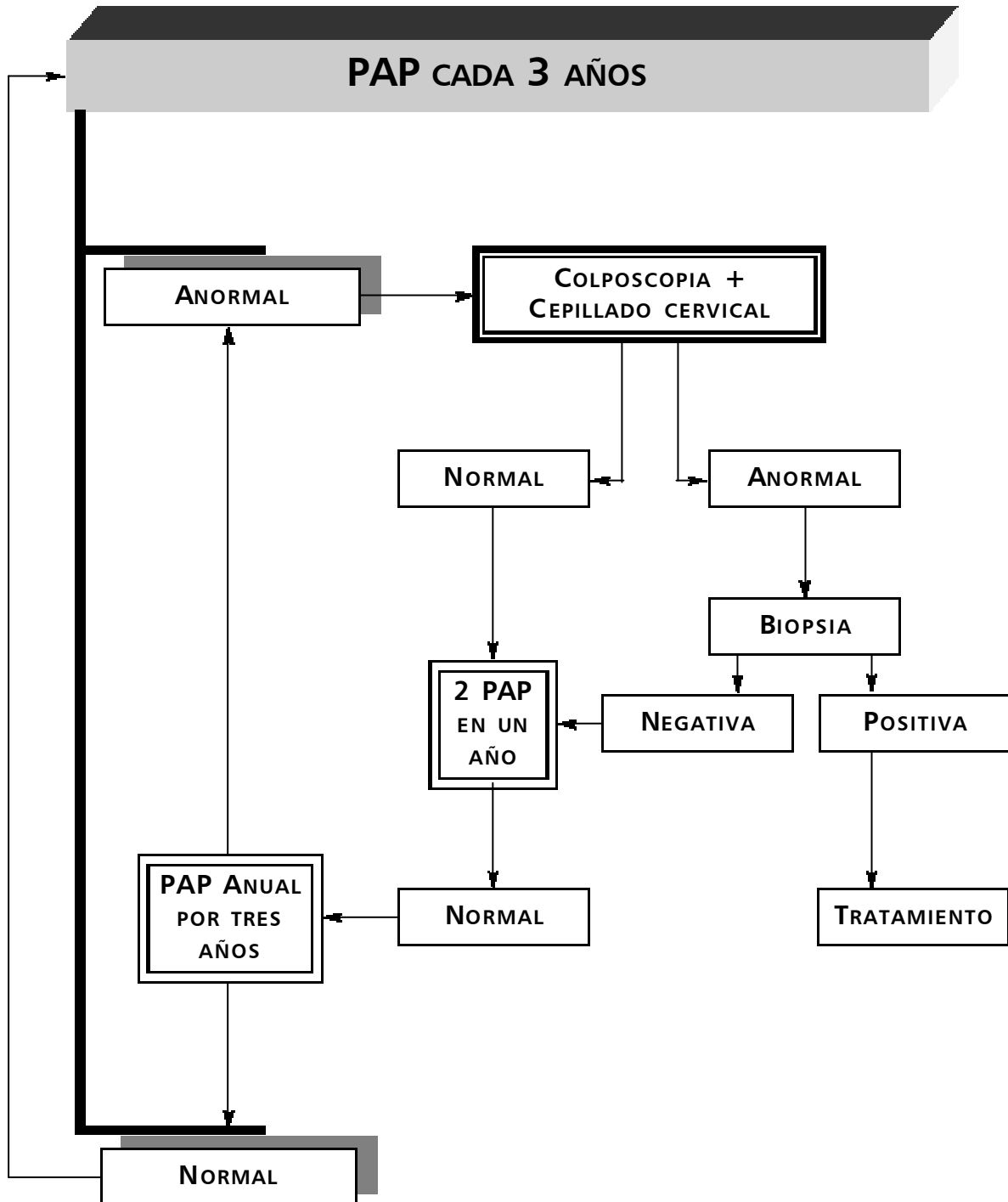
En caso que el PAP de control fuera anormal (incluyendo entre los anormales el A.S.C.U.S.¹ de la clasificación de Bethesda) se debe realizar colposcopia y cepillado endocervical. Si estos controles fueran normales, el PAP se debe repetir dos veces en un año y si éstos fueran normales continúa con un PAP anual por tres años y de persistir normales vuelve al control cada 3 años.

De registrarse colposcopia patológica o anormal, se debe realizar biopsia dirigida colposcópica, si ésta verificara patología pasa al tratamiento de la misma. De ser la biopsia negativa se realizará un control anual con PAP y colposcopia. Si estos estudios fueran normales continua con el control trienal.

¹ A.S.C.U.S. Clasificación de Bethesda: células cervicales anómalas de significado indeterminado.

MINISTERIO DE SALUD

ALGORITMO PARA EL DIAGNOSTICO PRECOZ DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE 25 A 70 AÑOS QUE INICIARON VIDA SEXUAL



PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO

2.3.- *PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA*

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente y que produce el mayor número de muertes por cáncer en la población femenina.

La única manera de prevención hasta el momento es la detección precoz.

2.3.1.- Autoexamen

Se debe estimular el autoexamen mamario con planes de educación, folletos ilustrativos u otras estrategias de comunicación. Para las mujeres premenopáusicas debe realizarse en la semana posterior a su menstruación e incluye la palpación de la axila.

2.3.2.- Detección mamográfica

- Población en riesgo aumentado

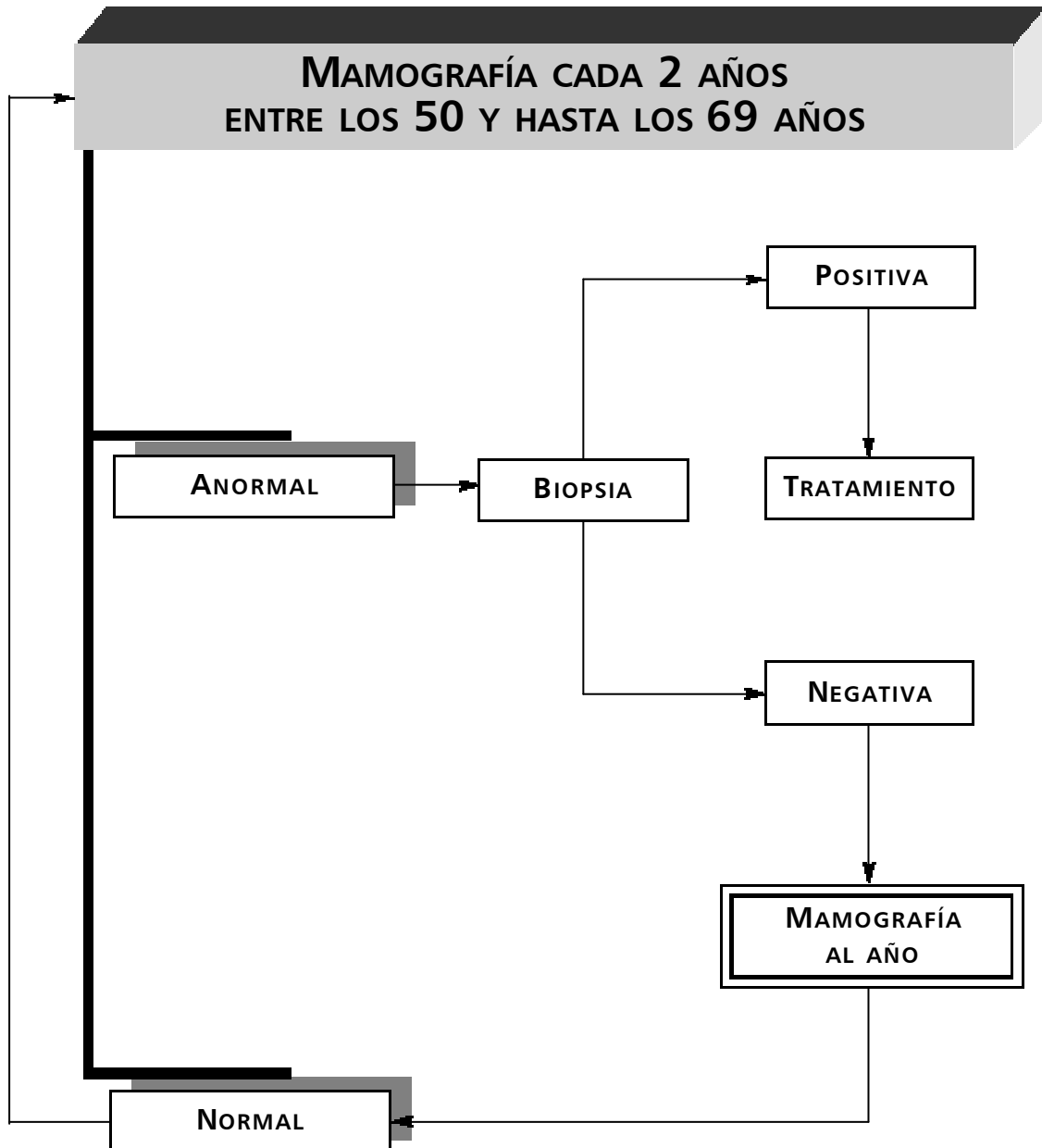
Las mujeres por debajo de 40 años, con una fuerte historia familiar de cáncer de mama, deben entrar en planes diferenciados de prevención. En esta situación se recomienda una mamografía a los 36 años y una mamografía anual a partir de los 40.

- Población en riesgo estándar

Se le debe realizar una mamografía a los 50 años. Si fuera negativa se debe continuar con una mamografía cada 2 años hasta los 69 años. Con resultado mamográfico anormal se realizará biopsia. En caso de resultado positivo pasa a tratamiento. Si en cambio fuera negativa, realizar una mamografía al año y con el resultado normal regresa a los controles bienales.

MINISTERIO DE SALUD

ALGORITMO DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ
EN PACIENTES EN RIESGO ESTÁNDAR PARA EL CÁNCER DE MAMA



PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO

2.4.- PROGRAMA DE CONTROL DE LA PERSONA SANA

2.4.1.- Examen periódico de salud

Los médicos suelen invertir alrededor de un tercio de sus horas de trabajo en realizar un examen periódico de salud a sus pacientes. Alguna parte de la población tiene la noción de la necesidad de realizarlo y generalmente lo asocian a estudios complementarios, a realizar en tiempos rígidos con independencia del sexo y de la edad. Las Sociedades Científicas de todo el mundo han manifestado preocupación sobre este tema y han propulsado esquemas más selectivos en prevención y detección de problemas de salud. Se debe tomar como guía general la edad de los pacientes para definir las conductas a adoptar.

En este sentido se ha normatizado, según edades, el Control de la Persona Sana, en base a las evidencias de la utilidad de los esquemas y a la comprobación de impacto sanitario de los mismos.

EXAMEN DE SALUD ENTRE LOS 20 Y 35 AÑOS

- Examen clínico anual
- Control de tensión arterial
- Control de talla y peso
- Papanicolau cada 3 años. (Ver Programa de detección precoz del Cáncer de Cuello Uterino)
- Un control de Colesterol y HDL
- Serología para rubéola en las mujeres mayores de 12 años
- Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones

EXAMEN DE SALUD ENTRE LOS 35 Y 45 AÑOS

- Examen clínico anual
- Control de tensión arterial
- Control de talla y peso
- Papanicolau cada 3 años. (Ver Programa de detección precoz del Cáncer de Cuello Uterino)
- Colesterol con periodicidad según resultado obtenido (ver normas particulares)
- Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones

MINISTERIO DE SALUD

EXAMEN DE SALUD ENTRE LOS 45 Y 55 AÑOS

- Examen clínico anual
- Control de tensión arterial
- Control de talla y peso
- Tacto rectal en examen clínico anual para control de próstata en varones a partir de los 50 años
- Papanicolau cada 3 años. (Ver Programa de detección precoz del Cáncer de Cuello Uterino)
- Glucemia cada tres años en caso de ser normal
- TSH en mujeres mayores de 50 años con periodicidad según el resultado obtenido
- Mamografía cada 2 años en mujeres desde los 50 años. (Ver Programa de prevención del Cáncer de Mama)
- Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones

EXAMEN DE SALUD ENTRE LOS 55 Y 65 AÑOS

- Examen clínico anual
- Control de tensión arterial
- Control de talla y peso
- Papanicolau cada 3 años. (Ver Programa de detección precoz del Cáncer de Cuello Uterino)
- Mamografía cada 2 años. (Ver Programa de prevención del Cáncer de Mama)
- Tacto rectal en examen clínico anual para control de próstata
- Sangre oculta en materia fecal anual
- Colesterol
- Glucemia cada 3 años
- Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones

EXAMEN DE SALUD PARA MAYORES DE 65 AÑOS

- Examen clínico anual
- Control de presión arterial
- Control de talla y peso

PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO

- Sangre oculta en materia fecal anual.
- Papanicolau. (Ver Programa de detección precoz del Cáncer de Cuello Uterino)
- Mamografía cada 2 años hasta los 70 años. (Ver Programa de prevención del Cáncer de Mama)
- Tacto rectal en examen clínico anual para control de próstata
- Screening de compromiso auditivo por interrogatorio periódico de los pacientes. no es necesario realizar audiometría
- Examen de agudeza visual
- Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones

2.4.1.1.- Especificaciones de los controles

CONTROL DE TALLA Y PESO

La Obesidad es una enfermedad con una elevada prevalencia en el mundo occidental, alrededor de un tercio de la población mayor de 20 años padece de Obesidad. En nuestro país la prevalencia de Obesidad es del 20 al 22% y la de Sobrepeso del 32 al 39%.

Se habla de Sobrepeso a los valores entre 25 a 29,9 kg/m² y de Obesidad cuando el índice masa corporal es mayor que 30 kg/m².

El índice de masa corporal (Índice de Quetelet) está determinado por la relación entre el peso de la persona sobre la talla al cuadrado. Este índice ha demostrado tener una relación directa con la mortalidad, el riesgo de muerte se eleva tanto en los valores bajos como en los altos. Un índice mayor que 28 kg/m² se asocia con aumento de la mortalidad por Cardiopatía, ACV, Diabetes e Hipertensión.

El tipo de distribución de la grasa corporal tiene relación con el pronóstico. El acúmulo de grasa en caderas y miembros, distribución ginecoide, tiene una menor morbilidad que la distribución Androide donde la grasa se acumula en la cintura. La distribución Androide marca una tendencia a que la grasa se disponga en las vísceras abdominales lo cual, a su vez, se asocia a mayores niveles de insulina. La medición de la relación cintura / cadera se considera anormal cuando es mayor que 1,0 en el varón y mayor que 0,90 en la mujer. De la misma manera se considera patológico un perímetro de la cintura mayor que 100 cm en el varón u 89 cm en la mujer.

COLESTEROL

La aterosclerosis coronaria y periférica es la principal causa de muerte entre varones y mujeres en el mundo occidental. En nuestro país las patologías cardiovasculares encabezan la lista de las causas de muerte con un 46% de los casos, desglosado en 31% de causa cardíaca, 10% cerebrovasculares y 5% aterosclerosis en otros focos. Múltiples estudios epidemiológicos han demostrado claramente la relación entre Colesterol y cardiopatía isquémica. Se observó que la mortalidad cardiovascular comienza a aumentar exponencialmente a partir de valores de colesterol mayores que 180 mg%.

El mecanismo central de la aterogénesis es el depósito de Colesterol en las paredes arteriales. Casi todas las lipoproteínas están implicadas en este proceso. Por el contrario el HDL se encarga del proceso contrario de eliminar el colesterol de las paredes arteriales (transporte invertido).

Se recomienda que toda persona mayor de 20 años tenga una determinación de colesterol y HDL, reservando el estudio de los Triglicéridos sólo si alguno de los anteriores se encuentra dentro de límites anormales. De obtenerse valores deseables de colesterol total (200 mg), se repetirá solamente el colesterol a los 35 años y de allí en más cada 5 años hasta los 70 años, siempre que los sucesivos controles no registren resultados indeseables.

Más allá de los 75 años el Colesterol elevado no es predictivo de mortalidad cardiovascular, por lo que no debe ser testeado en forma rutinaria. No se recomienda la medición rutinaria de HDL Colesterol o Triglicéridos en pacientes sanos.

No se incluirán en esta sistemática a aquellos pacientes que posean factores de riesgo.

Se define como colesterol normal o deseable al valor inferior a 200 mg%. Colesterol limítrofe o indeseable de 200 a 239 mg%, y colesterol elevado al valor mayor que 240 mg%. Cuando los valores de Colesterol se hallan por encima de los límites estipulados se recomienda solicitar un nuevo dosaje que incluya el resto del perfil lipoproteico.

GLUCEMIA

La determinación de glucemia debe hacerse cada tres años a partir de los 45 años de edad, siempre que los sucesivos registros sean siempre normales.

La edad de comienzo y la frecuencia no es aplicable si se registran factores de riesgo para padecer Diabetes: obesidad, familiares de primer grado con diabetes, antecedentes de partos con niños de peso elevado, hipertensión, dislipemias o antecedentes de glucemias elevadas en análisis previos.

TEST DE FUNCIÓN TIROIDEA

La solicitud de Test de función tiroidea es recomendada en mujeres de más de 50 años por lo menos en una oportunidad o ante la sospecha de anomalías tiroideas, bocio o dislipemia. Si los valores de TSH son menores que 0,3 mU/ml o mayores que 10 mU/ml se procede a solicitar T4 libre para ampliar la información.

Si bien algunos pacientes tienen manifestaciones clínicas evidentes de Hipertiroidismo o Hipotiroidismo en la mayor parte de los casos nos encontraremos con formas subclínicas de la enfermedad.

Los pacientes con niveles elevados de TSH mayores que 5 mU/ml con T4 libre normal, tienen Hipotiroidismo subclínico. La prevalencia de esta entidad es elevada 5 a 10% de las mujeres de más de 60 años. Si bien por definición las mujeres con esta entidad son asintomáticas, tienen mayor riesgo de padecer Osteoporosis (aceleración de la pérdida ósea), Arritmias Cardíacas (fibrilación auricular más frecuentemente), Dislipemia, además de poder progresar a un Hipotiroidismo florido en los próximos años.

Si los valores de TSH se hallan entre 5 y 10 mU/ml el riesgo de progresión es bajo y pueden ser observadas en forma periódica con análisis cada 12 meses. Si los valores de TSH son mayores a 10 mU/ml y tienen Anticuerpos positivos el riesgo de progresión es mayor y justifican un tratamiento con Levotiroxina.

TABAQUISMO Y CÁNCER DE PULMÓN

El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer en el mundo occidental. Se halla vinculado al tabaco a tal punto que más del 80 % de estos tumores se dan en fumadores. Tiene una elevada mortalidad una vez que se lo diagnostica.

No se ha demostrado reducción de la mortalidad por cáncer de pulmón con técnicas de Screening. Por tal razón los máximos esfuerzos se deben dirigir a la prevención primaria con programas de abandono del tabaco, el EBAMP tiene, por su alto contacto con la población, una misión trascendente en el logro de este cambio de hábito.

DETECCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL

El Carcinoma Colorrectal es la segunda causa de muerte por cáncer en el mundo occidental. La mayoría de los cánceres Colorrectales crecen a partir de pólipos preexistentes que se localizan en la región rectosigmoidea.

El control es recomendado para toda persona mayor de 50 años, con la realiza-

ción de sangre oculta en materia fecal en forma anual, a pesar de su baja especificidad. No se recomienda, con carácter de Screening, el uso de colon por enema o colonoscopia.

2.4.2.- Recomendaciones generales según etapa de la vida

El Equipo Base de Atención Primaria aprovechará cada contacto, asistencial o no, con su población a cargo para transmitir las recomendaciones que hacen al mejoramiento de los hábitos de vida que impactan sobre la Salud.

PARA LAS PERSONAS DE 20 A 65 AÑOS

- Prevención de lesiones por accidentes de tránsito, utilizar cinturón de seguridad, casco para motociclistas y ciclistas, educación vial. No tener armas de fuego en la casa.
- Evitar consumo de tóxicos como el alcohol, tabaco y drogas ilícitas.
- Elaborar un programa de ejercicios físicos regulares.
- Limitar la ingesta de grasas y colesterol, mantener el balance calórico y aumentar el aporte de frutas y vegetales.
- Ingesta adecuada de calcio en las mujeres.
- Evitar conducta sexual de alto riesgo. Usar condones.
- Visitar regularmente al odontólogo.
- Discutir la propuesta de un programa de reemplazo hormonal posmenopáusico.

PARA LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS

- Evitar consumo de tóxicos como el alcohol, tabaco y drogas ilícitas.
- Consejos dietéticos similares al grupo anterior.
- Ingesta dietética adecuada de calcio y vitamina D
- Prevención de caídas y lesiones por quemaduras
- Salud dental
- Evitar conducta sexual de alto riesgo. Usar condones.

3.- ATENCIÓN SECUNDARIA

3.1.- ASISTENCIA AMBULATORIA

3.1.1.- Consultas médicas

Tendrán cobertura las consultas con todas las especialidades médicas reconocidas por la autoridad sanitaria. Quedan comprendidas las consultas de urgencia y las programadas, en consultorio y a domicilio.

PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO

Se dividen, según su modalidad de acceso, en directas e indirectas. Siendo las de acceso directo aquellas que brinda el Equipo Base de Atención Médica Primaria, el Oftalmólogo y los servicios de urgencia.

Al resto de las especialidades se accede indirectamente, por indicación taxativa del MR o del Pediatra del EBAMP. El paciente, en su tránsito por los distintos niveles y servicios, es tutelado por aquéllos. Estas indicaciones de consulta especializada se efectuarán bajo el estilo de interconsulta, implicando por tanto un informe de devolución del especialista consultado. A efecto de no entorpecer el acceso, el consultante del EBAMP, especificará la cantidad o dejará abierto el número de consultas a realizar por el especialista.

Los turnos de consulta para las especialidades de acceso indirecto se otorgarán como máximo a los cinco días hábiles de la solicitud.

3.1.2.- Prácticas y estudios complementarios ambulatorios, diagnósticos y terapéuticos

Se incluyen con cobertura del 100% todas las prácticas diagnósticas y terapéuticas detalladas en el ANEXO II de la presente Resolución, con los materiales descartables, radioactivos, de contraste, medicamentos o cualquier otro elemento necesario para realizarlas.

3.2.- INTERNACIÓN

Contempla con el 100% de cobertura la internación Clínico-Quirúrgica, Especializada, de Alta Complejidad y Domiciliaria, sin coseguros, ni límite de tiempo, excepto el señalado en el capítulo de Salud Mental.

Incluye todas las prestaciones y prácticas diagnósticas y terapéuticas detalladas en el Anexo II de la presente Resolución.

Tiene 100% de cobertura en gastos, derechos, honorarios, material de contraste o radioactivo, medicamentos, elementos e instrumentales necesarios, descartables o no.

A las modalidades de Hospital de Día y Cirugía Ambulatoria les corresponde una cobertura idéntica a la de internación.

Las cirugías programadas no podrán tener una espera mayor de 30 días a partir de su indicación.

4.- SALUD MENTAL

4.1.- PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

Se incluyen todas aquellas actividades de fortalecimiento y desarrollo de comportamientos y hábitos de vida saludables como forma de promoción de la salud en general y la salud mental en particular.

Actividades específicas que tienden a prevenir comportamientos que puedan generar trastornos y malestar psíquico en temas específicos como la depresión, suicidio, adicciones, violencia, violencia familiar, maltrato infantil y otros.

Los Agentes del Seguro propiciarán las prácticas de Promoción de la Salud Mental mediante el desarrollo de actividades grupales y la modalidad de talleres que tiendan a la participación, el apoyo mutuo y los comportamientos solidarios.

4.1.2.- Técnicas

- Taller: es un espacio de intercambio donde se ponen de manifiesto dificultades y posibilidades de resolución, es una instancia de producción colectiva facilitadora de transformaciones individuales.

Es una técnica de abordaje de la tarea. El número de reuniones es acotado en función a la tarea a desarrollar. La intervención del coordinador tiene direccionalidad facilitadora del cumplimiento del objetivo prefijado, promoviendo el intercambio de experiencias. La heterogeneidad e interacción de los participantes facilitan el intercambio y la profundización de la tarea.

Se basa sobre una concepción dinámica, solidaria, facilitadora de cambios subjetivos en un contexto grupal y también de la economía de esfuerzos y recursos.

Es aplicable a cualquier temática: afectividad, nutrición, familia, sexualidad, parejas, tercera edad, promoción y educación del autocuidado para diversas patologías.

El número mínimo es de cuatro personas y el máximo es el compatible con su manejo armónico, en su composición es heterogéneo en sexo y edad y homogéneo en la especificidad (padres, tercera edad, diabéticos, etc.).

El coordinador es un profesional o persona capacitada en el manejo de las técnicas grupales y específicamente formada en la temática a abordar en el taller.

El taller es una herramienta fundamental para las actividades de prevención y promoción de la salud además de constituirse en una técnica importante de capacitación.

PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO

Es recomendable su utilización frente a patologías que requieren condiciones de autocuidado (diabetes, adicciones, pacientes en riesgo cardiovascular, tabaquismo, alcoholismo, etc.), en situaciones de crisis vitales (embarazo, separaciones, duelos, pérdida de trabajo, grupos de padres, grupos de adolescentes, tercera edad) y para el desarrollo de hábitos de vida saludables.

- Grupo de autoayuda: sus integrantes están identificados por la homogeneización, el vínculo es personal, los miembros son pertenecientes, tienen cohesión, se piensan en forma grupal, tiene universalidad, "lo que me pasa a mí le pasa al otro", moviliza a la esperanza. Se utilizan técnicas verbales y psicodramáticas, donde se ponen en acto las situaciones de la vida cotidiana. El coordinador es una persona que está o estuvo atravesando la misma situación problemática que el resto del grupo por la que han sido convocados. La cantidad de miembros es variable.

4.2.- PRESTACIONES CUBIERTAS

4.2.1.- Atención ambulatoria. Hasta 30 sesiones cada 12 meses por beneficiario.

Incluye las siguientes modalidades:

Entrevista psiquiátrica.

Entrevista psicológica.

Entrevista y tratamiento psicopedagógico.

Psicoterapia individual.

Psicoterapia grupal.

Psicoterapia de familia y de pareja.

Psicodiagnóstico.

4.2.2.- Internación.

En casos agudos: hasta 30 días cada 12 meses.

En hospital de día: hasta 60 días cada 12 meses.

5.- REHABILITACIÓN

Se incluyen todas las prácticas Kinesiológicas y Fonoaudiológicas que se detallan en el Anexo II de la presente Resolución.

Los Agentes del Seguro darán cobertura al 100% en los casos de necesidad de rehabilitación motriz, psicomotriz, readaptación ortopédica y rehabilitación sensorial. Con el siguiente alcance:

Kinesioterapia: hasta 25 sesiones por afiliado cada 12 meses.

Fonoaudiología: hasta 25 sesiones por afiliado cada 12 meses.

MINISTERIO DE SALUD

Accidente Cerebrovascular: hasta tres meses, prorrogable por la Auditoria del Agente del Seguro mientras se documente progreso objetivo en la evolución.

Post-operatorio de traumatología: hasta 30 días, prorrogable por la Auditoria del Agente del Seguro mientras se documente progreso objetivo en la evolución.

Grandes accidentados: hasta seis meses, prorrogable por la Auditoria del Agente del Seguro mientras se documente progreso objetivo en la evolución.

6.- ODONTOLOGÍA

Se establece un sistema de atención odontológica estructurado en tres niveles de atención de acuerdo con la complejidad y segmentado por edades de manera de eliminar toda barrera a la accesibilidad en los grupos de mayor riesgo.

6.1.- LISTADO DE PRESTACIONES CUBIERTAS

La reglamentación específica de cada práctica queda sujeta a la relación ente financiador / profesional actuante, debiendo la misma garantizar la accesibilidad de los beneficiarios a la cobertura.

Nivel 1. Odontología básica

Código	Detalle
I	Consultas
1.01	Consulta. Diagnóstico. Fichado y plan de tratamiento. Este código incluye examen, diagnóstico y plan de tratamiento. Se considera como primera consulta y comprende la confección de historia clínica odontológica.
1.04	Consulta de urgencia. Se considera consulta de urgencia a toda consulta sin turno previo, que resuelva la demanda espontánea. El beneficiario una vez resuelta la urgencia podrá consultar a su odontólogo general para iniciar el tratamiento definitivo de la patología que lo afecte. No se contempla dentro de esta consulta la realización de prácticas no cubiertas, a excepción del cementado de puentes y coronas que no requieran de restauración protética.

PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO

II	Operatoria dental
	Comprende todos los tratamientos de los tejidos duros del diente para resolver los daños provocados por la caries dental, tanto en superficies oclusales, fosas y fisuras, caras libres y proximales. La obturación definitiva debe incluir, en menores de 18 años el sellado de todas las superficies no tratadas de la pieza de referencia.
2.01	Obturación amalgama. Cavidad simple.
2.02	Obturación amalgama. Cavidad compuesta o compleja.
2.05	Obturación resina autocurado. Cavidad simple.
2.06	Obturación resina autocurado. Cavidad compuesta o compleja.
2.08	Obturación resina fotocurado sector anterior. Comprende la restauración de las piezas anteriores y vestibular de primeros premolares.
2.09	Reconstrucción de ángulo en dientes anteriores.

V	Odontología preventiva
5.01	Tartrectomía y cepillado mecánico. Esta práctica no incluye el blanqueamiento de piezas dentarias. En pacientes mayores de 18 se cubrirá una vez por año.
5.02	Consulta preventiva. Terapias fluoradas. Incluye Tartrectomía y cepillado mecánico, detección y control de placa bacteriana, enseñanza de técnicas de higiene. Se cubrirá hasta los 18 años y hasta dos veces por año. Comprende aplicación de flúor tópico, barniz y colutorios.
5.04	Consulta preventiva. Detección control de placa bacteriana, y enseñanza de técnicas de higiene bucal. Comprende enseñanza de técnicas de cepillado, uso de elementos de higiene interdentarios, asesoramiento dietético y revelado de placa. Incluye monitoreo anual.
5.05	Selladores de surcos, fosas y fisuras. Esta práctica se reconoce hasta los 18 años en premolares y molares permanentes.
5.06	Aplicación de cariostáticos en piezas dentarias permanentes.

IX	Radiología
9.01	Radiografía periapical. Técnica de cono corto o largo. Radiografía Bite-Wing.
9.02	Radiografía oclusal.
9.03	Radiografías dentales media seriada: de 5 a 7 películas .
9.04	Radiografías dentales seriada: de 8 a 14 películas.

MINISTERIO DE SALUD

X	Cirugía
10.01	Extracción dentaria.
10.05	Reimplante dentario inmediato al traumatismo con inmovilización.
10.06	Incisión y drenaje de abscesos.

Nivel 2. Odontología especializada

Código	Detalle
III	Endodoncia
3,01	Tratamiento endodóntico en unirradiculares.
3,05	Biopulpectomía parcial.
3,06	Necropulpectomía parcial o momificación. En piezas que por causa técnicamente justificada no se pueda realizar el tratamiento endodóntico convencional.

VII	Odontopediatría
7.01	Consultas de motivación. Se cubrirá hasta los 13 años de edad e incluye la consulta diagnóstica, examen y plan de tratamiento. Comprende hasta tres visitas al consultorio.
7.04	Tratamiento en dientes temporarios con Formocresol. Cuando el diente tratado no este próximo a su exfoliación. También se cubrirá en piezas permanentes con gran destrucción coronaria.
7.03	Reducción de luxación con inmovilización dentaria.
7.06	Reimplante dentario e inmovilización por luxación total.
7.07	Protección pulpar directa.

VIII	Periodoncia
8.01	Consulta de estudio. Sondaje, fichado, diagnóstico y pronóstico.
8.02	Tratamiento de la gingivitis. Comprende tartrectomía, raspaje y alisado, detección y control de placa, topicación con flúor y enseñanza de técnicas de higiene bucal. Se cubrirá anualmente.

PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO

X	Cirugía
10.03	Biopsia por punción o aspiración o escisión.
10.04	Alveolectomía estabilizadora.
10.08	Extracción dentaria en retención mucosa.
10.10	Germectomía.
10.11	Liberación de dientes retenidos.
10.13	Tratamiento de la osteomielitis.
10.14	Extracción de cuerpo extraño.
10.15	Alveolectomía correctiva.

XI	Estomatología
12.01	Consulta especializada para el tratamiento de lesiones propias de la mucosa bucal.

Nivel 3. Odontología compleja

Código	Detalle
I	Consultas
1,03	Consulta a domicilio. Se considera consulta domiciliaria a la atención de pacientes impedidos de trasladarse al consultorio del prestador, con derivación escrita por el médico tratante.

II	Operatoria dental
2.04	Obturación con tornillo en conducto. Comprende el tratamiento de los tejidos duros del diente para resolver los daños provocados por la caries dental cuando la destrucción coronaria sea mayor que los dos tercios de la distancia intercuspídea. La obturación definitiva debe incluir, en menores de 18 años, el sellado de todas las superficies no tratadas. Será reconocida una única vez por pieza tratada.

III	Endodoncia
3.02	Tratamiento endodóntico en multirradiculares.

MINISTERIO DE SALUD

VI	Prótesis
Las prácticas comprendidas dentro de este capítulo se cubrirán cada tres años. Incluyen hasta dos controles posteriores.	
4.03	Prótesis completa superior de acrílico.
4.05	Prótesis completa inferior de acrílico.

VI	Ortodoncia
Se cubrirá un tratamiento por paciente, entre los 5 y los 8 años, con el fin de prevenir anomalías futuras de difícil resolución y asegurar un recambio dentario normal. La pérdida o rotura de los aparatos estará a cargo del beneficiario, con valores que deberán estar convenidos previamente con el Agente del Seguro y con conocimiento del paciente.	
6.01	Consulta especializada de ortodoncia. Comprende la confección de ficha de ortodoncia donde figuren además de los datos de filiación del paciente, las características del caso con diagnóstico, pronóstico, duración y plan de tratamiento.
6.02	Ortodoncia interceptiva. Comprende el tratamiento de anomalías: Clase II. Clase III. Compresiones transversales y posteroanteriores severas. Mordidas cruzadas anterior, lateral o bilateral. Mordidas abiertas. Se considerará finalizado el tratamiento cuando se encuentren en boca los ocho incisivos y los cuatro primeros molares permanentes y se constate la alineación de incisivos con entrecruzamiento y resalte correctos.

VII	Odontopediatría
7.02	Mantenedor de espacio. Comprende mantenedores de espacio fijos o removibles. Se cubrirá por única vez por pieza dentaria y en pacientes de hasta 8 años inclusive. Se incluye corona o banda y ansa de alambre de apoyo o tornillo de expansión.
7.05	Corona de acero provisoria por destrucción coronaria. Se cubrirá en piezas temporarias con tratamiento de formocresol o gran destrucción coronaria, cuando la pieza no se encuentre dentro del período de exfoliación. En primeros molares permanentes hasta los 15 años de edad.

PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO

VIII	Periodoncia
8.03	Tratamiento de la enfermedad periodontal. Comprende todos los cuadros periodontales e incluye raspaje y alisado radicular. Se cubrirá cada dos años.
8.05	Desgaste selectivo o armonización oclusal.

IX	Radiología
9.04	Pantomografía o radiografía panorámica.
9.05	Estudio cefalométrico.

X	Cirugía
10.02	Plástica de comunicación buco-sinusal.
10.09	Extracción de dientes con retención ósea.
10.16	Frenectomía.

7.- MEDICAMENTOS

La Cobertura será del 40% en medicamentos ambulatorios y del 100% en internados.

Tendrán cobertura del 100% por el Agente del Seguro:

- Eritropoyetina en el tratamiento de la anemia por Insuficiencia Renal Crónica.
- Medicamentos oncológicos.

La medicación no oncológica, de uso en protocolos oncológicos, tendrá la misma cobertura que la medicación ambulatoria, a excepción del ondasetrón en el tratamiento de los vómitos agudos inducidos por drogas altamente emetizantes (cisplatino, carboplatino, ciclofosfamida, ifosfamida, dactinomicina D, dacarbazina, doxorubicina, idarrubicina, epirubicina, estreptoizotocina, citarabina).

Tendrán cobertura del 100% por el Agente del Seguro con apoyo financiero del Fondo Solidario de Redistribución, según las normas que dicte la Administración de Programas Especiales o el organismo que en el futuro lo administre, los siguientes medicamentos:

- Interferón: en el tratamiento de:
- la Esclerosis Múltiple para pacientes con dos o más brotes en los últimos dos años.

MINISTERIO DE SALUD

- la Hepatitis Crónica por virus B o C comprobada por laboratorio y anatomía patológica.
- Copolímero: en la Esclerosis Múltiple, con iguales indicaciones que el Interferón.
- Teicoplanina: en tratamiento ambulatorio de infecciones documentadas por estafilococos meticilinoresistentes.
- Factores estimulantes de Colonias granulocíticas: en neutropenias severas (menos de 1.000 neutrófilos por mm³).
- Tobramicina aerosolizada: en la Enfermedad Fibroquística con infección bronquial por Pseudomona aeruginosa documentada.
- Riluzole: en el tratamiento de la Esclerosis Lateral Amiotrófica.
- Factor VIII y Antihemofílicos.
- Somatotropina: en síndrome de Turner e hipopituitarismo con trastornos del crecimiento, hasta el cierre de los cartílagos de crecimiento.
- Octreotide: en síndrome carcinoide y tumores hipofisarios del tipo de la acromegalia
- Cerezyme: tratamiento de la Enfermedad de Gaucher.
- Medicación anti HIV y anti SIDA.
- Inmunosupresores.

Para acceder a la provisión de los medicamentos nombrados (que no podrán ser dispensados en farmacias en forma directa) el beneficiario deberá presentar: Historia Clínica, protocolo de tratamiento incluyendo dosis diaria y tiempo estimado del mismo.

Sin perjuicio de las normas establecidas en esta Resolución sobre la cobertura en medicamentos, las mismas no podrán introducir limitaciones sobre tratamientos en curso al momento de su puesta en vigencia.

Se mantiene a cargo de los Agentes del Seguro la cobertura de medicamentos establecida en otras normativas vigentes:

- Res. 301/99 MSyAS. Cobertura de insulina (100%) antidiabéticos orales (70%) y tirillas reactivas (400 anuales).

Para pacientes diabéticos insulino dependientes lábiles participantes en programas específicos de prevención secundaria se duplicará la provisión de tirillas para medición de glucemia (autocontrol).

- Res.791/99 MSyAS. Cobertura del 100% del Mestinón 60 mg para el tratamiento de la Miastenia Gravis.

8.- OTRAS COBERTURAS

8.1.- CUIDADOS PALIATIVOS

El Cuidado Paliativo es la asistencia activa y total de los pacientes y de sus familias por un equipo multiprofesional, cuando la enfermedad del paciente no responde al tratamiento curativo.

El área asistencial de los Cuidados Paliativos incluye pacientes con enfermedades oncológicas, neurológicas evolutivas o degenerativas, renales crónicas, SIDA, enfermedades metabólicas y genéticas, potencialmente letales a corto o mediano plazos, que no responden a tratamientos disponibles en la actualidad con finalidad curativa.

Estos cuidados tienen entre sus objetivos controlar los síntomas, entender y aliviar el sufrimiento por el cual pasan indefectiblemente los pacientes y sus familias.

Los Agentes del Seguro deberán desarrollar programas que contemplen el derecho a una muerte digna, buscando la desinstitucionalización de estos pacientes cuando sea posible o su atención en centros que privilegien el cuidado, el confort y la contención del paciente y su familia.

El tratamiento del dolor u otros síntomas angustiantes tendrá cobertura del 100%.

8.2.- HEMODIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA

La cobertura será del 100% siendo requisito indispensable la inscripción de los pacientes en el INCUCAI dentro de los primeros 30 días de iniciado el tratamiento.

8.3.- COBERTURA EN OTOAMPLÍFONOS

Se cubrirá el 100% en patología neurosensorial o perceptiva.

Se cubrirá el 50% en patología de conducción.

NORMAS

Hasta la escolaridad pre-primaria se otorga el equipamiento bilateral con audífonos retroauriculares para el estímulo de la vía neurosensorial.

Durante la escolaridad y hasta los 18 años se otorgan equipos intraauriculares (bilaterales).

A partir de los 18 años o fin de la enseñanza obligatoria, provisión de un otoamplífono retroauricular con moldes para intercambio bilateral y recambio cada 5 años o cambio de prescripción.

En todos los casos es obligatoria la cobertura con audífonos convencionales.

MINISTERIO DE SALUD

No es obligatoria la cobertura de traspositores de frecuencia.

8.4.- ÓPTICA

Anteojos con lentes estándar y lentes de contacto. Cobertura 100% hasta los 18 años y del 50% a partir de los 19 años, con intervención de la Auditoría del Agente del Seguro. Renovación por cambio de graduación o reposición a partir de los 12 meses y en iguales períodos sucesivos.

Prótesis oculares de reemplazo y lentes intraoculares. Cobertura 100%.

8.5.- PRÓTESIS Y ÓRTESIS

La cobertura será del 100% en prótesis e implantes de colocación interna permanente y del 50% en órtesis y prótesis externas, no reconociéndose las prótesis denominadas miogénicas o bioeléctricas. El monto máximo a erogar por el Agente del Seguro será el de la menor cotización de plaza.

Las indicaciones médicas se efectuarán por nombre genérico, sin mención o sugerencia de marca o proveedor, los Agentes del Seguro no recibirán ni tramitarán aquellas que no cumplan estrictamente con estos requisitos.

8.6.- TRASLADOS

Para beneficiarios que no puedan trasladarse 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. Le elección del medio de traslado y las características del móvil quedan supeditadas a el estado clínico del paciente documentado por indicación médica

8.7.- PRÁCTICAS CON FINANCIAMIENTO POR EL FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN

Sin perjuicio de lo establecido en esta Resolución, todas las prácticas contempladas en la Res. 001/98 de la Administración de Programas Especiales continúan con su modalidad de financiamiento vigente a través del Fondo Solidario de Redistribución.

9.- COSEGUROS

9.1.- NORMAS GENERALES

Todas las coberturas mencionadas en la presente Resolución se considerarán del 100%, salvo en aquellos casos en los que puntualmente se especifican otros porcentajes.

PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO

En las prestaciones cubiertas al 100% los beneficiarios de los Agentes del Seguro no abonarán ningún tipo de coseguro por fuera de los descriptos en este capítulo.

En todos los casos serán abonados al prestador y en el momento de recibir la prestación.

Están exceptuados del pago de coseguros en todos los rubros:

- La mujer embarazada desde el diagnóstico hasta 30 días después del parto, en todas las prestaciones inherentes al estado del embarazo, parto y puerperio.
- El recién nacido hasta cumplir el año de edad.
- Los pacientes que padezcan enfermedades oncológicas, para todas las prestaciones relacionadas con el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de su enfermedad de base una vez diagnosticada.
- Las personas con discapacidad de acuerdo con lo estipulado en la Ley 24.901 y su Decreto Reglamentario.
- Las personas infectadas por alguno de los retrovirus humanos y las que padecen el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, para el seguimiento del padecimiento de base y el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades intercurrentes.

9.2.- RÉGIMEN DE COSEGUROS

Los coseguros especificados a continuación son los montos máximos para cada caso:

Consulta médica	Valor coseguro
Consultorio Equipo Base de Atención Primaria (EBAMP)	Sin coseguro
Consultorio Médicos Especialistas fuera del EBAMP	\$ 5.-
Domiciliaria (todos sus tipos)	\$ 10.-
Internación	Sin coseguro

* Los beneficiarios no incorporados al Programa de Atención Médica Primaria con EBAMP continúan abonando el coseguro de \$ 2.- para el generalista y \$ 3.- para el resto de las especialidades.

Prácticas y estudios complementarios ambulatorios	Valor coseguro
Por Bono u Orden de Baja complejidad	\$ 5.-
Por Bono u Orden de Alta complejidad	\$ 10.-

Prácticas y estudios complementarios en internación	Valor coseguro
Alta o Baja complejidad	Sin coseguro

MINISTERIO DE SALUD

Salud mental	Valor coseguro
Consultorio: por entrevista, consulta o sesión	\$ 5.-
Domicilio: por entrevista, consulta o sesión	\$ 10.-
Talleres, grupos de autoayuda o aprendizaje	sin coseguro

Rehabilitación	Valor coseguro
En consultorio por sesión de cualquiera de las especialidades	\$ 3.-
En domicilio por sesión de cualquiera de las especialidades	\$ 10.-

Odontología	Valor coseguro
Nivel 1 – Todos los códigos (excepto del 02.05 al 02.09)	Sin coseguro
Nivel 1 – Tratamientos con terminaciones estéticas (Cod. 02.05 a 02.09) . Por código	\$ 5.-
Nivel 2 – Todos los códigos de Odontopediatría	Sin coseguro
Nivel 2 – Todos los códigos (excepto Odontopediatría)	\$ 5.-
Nivel 3 – Todos los códigos de Odontopediatría y Ortodoncia	Sin coseguro
Nivel 3 – Todos los códigos (excepto Odontopediatría y Ortodoncia)	\$ 10.-

9.3.- *NORMAS PARTICULARES*

9.3.1.- Prácticas y estudios complementarios

Los coseguros se explicitan por bono u orden de baja o alta complejidad.

En cada bono / orden de baja complejidad podrán incluirse hasta cinco prácticas médicas especializadas o cinco análisis clínicos, en radiología cada posición de la misma área se considera una práctica.

En cada bono / orden de alta complejidad podrán incluirse hasta una práctica.

En el Anexo II Catálogo de prestaciones del PMO se detalla en cada práctica ambulatoria su condición de alta o baja complejidad.

Los códigos 150106 Citología Exfoliativa Oncológica y 340601 Mamografía Senografía, estarán exentos de coseguro cuando fueran indicados en el marco de los Programas de prevención del Cáncer de Cuello Uterino y del Cáncer de Mama.

9.3.2.- Odontología

Los coseguros se abonarán por trabajo concluido.

En Operatoria Dental del Nivel 1, los únicos códigos con coseguro son del 02.05 al 02.09, para el cobro del mismo se considerará a la obturación como

PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO

única por pieza dentaria, independientemente de las caras tratadas y de la solución de continuidad del material.

En Periodoncia del Nivel 2, el coseguro del código 08.02 se abonará por arcada tratada.

En Periodoncia del Nivel 3, el coseguro del código 08.03 se abonará por cuadrante tratado y el código 08.05 por arcada tratada.

Los menores de 18 años y los mayores de 65 años no abonan ningún tipo de coseguro, así como las pacientes alcanzadas por el Plan Materno Infantil.