

Texto de la Resolución 310/04

Ministerio de Salud

SALUD PUBLICA

Resolución 310/2004

Modificación de la Resolución N° 201/2002, mediante la cual se aprobó 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 N° 23.660.

Bs. As., 7/4/2004

VISTO los Expedientes N° 59.493/03-Cpos.1/2-S.S.SALUD y N° 58.219/03-S.S.SALUD, la Ley N° 25.673, los Decretos N° 486/02, N° 2724/02, N° 987/03, N° 1282/03 y N° 1210/03 y las Resoluciones N° 201/02 MS y N° 160/04 MS; y CONSIDERANDO Que en el marco del Decreto N° 486/02 se dictó la Resolución Ministerial N° 201 de fecha 2 de abril de 2002 por la que se aprueba el Programa Médico Obligatorio de Emergencia. Que la vigencia del mencionado Decreto fue prorrogada por los Decretos N° 2724/02 y 1210/03. Que se han producido cambios en el sector salud que hacen necesaria la actualización y modificación de la mencionada Resolución Ministerial. Que, por otra parte, el artículo 8° del Anexo I del Decreto N° 987/03 faculta al Ministerio de Salud, como autoridad de aplicación de la Ley N° 25.649, a efectuar modificaciones al Programa Médico Obligatorio en su parte pertinente, a efectos de basarse en el nuevo «Formulario Terapéutico Nacional» en el que, por principio activo o combinación de ellos, se deberán ordenar las especialidades medicinales que el mismo indique siguiendo criterios científicos, terapéuticos y farmacoeconómicos. Que dicho ordenamiento se produjo a través del dictado de la Resolución n° 160/04-MS de fecha 17 de febrero de 2004. Que en ese sentido, resulta necesario optimizar el acceso y la cobertura de los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud a los medicamentos esenciales de uso ambulatorio en general y en especial a los que se utilizan para el tratamiento farmacológico de patologías crónicas prevalentes. Que en virtud de lo antes expuesto corresponde redefinir el marco regulatorio de la cobertura de las prestaciones farmacéuticas del primer nivel de la atención, que quedará a cargo de los Agentes del Seguro de Salud. Que a tales efectos resulta necesario mejorar la accesibilidad económica de los beneficiarios del mencionado Sistema y por ello corresponde ampliar, significativamente, la cobertura sobre el precio de referencia de aquellos medicamentos destinados a las enfermedades de curso crónico y gran impacto sanitario que requieren de modo permanente y/o recurrente del uso de fármacos. Que favorecer la optimización del cumplimiento de los tratamientos farmacológicos de dichas patologías, en el primer nivel de

atención, para objetivos terapéuticos definidos como el control sintomático, la remisión clínica o la prevención primaria o secundaria, contribuye decididamente a una disminución de la morbilidad, comorbilidad y la mortalidad según la evidencia científica disponible. Que el acceso a los tratamientos que requieren fármacos de modo permanente y/o recurrente amerita disminuir el coseguro a cargo de los beneficiarios, y en este sentido la presente medida contribuye a dotar de equidad distributiva y de financiación al Sistema Nacional del Seguro de Salud, para aquellos beneficiarios que sufran patologías de alto impacto sanitario y socioeconómico. Que a los fines indicados, se propicia asegurar por parte de los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud la cobertura de algunos de los medicamentos de uso ambulatorio con un 40% a su cargo, en el caso de los medicamentos de uso habitual y del 70% para los medicamentos destinados a patologías crónicas prevalentes, que requieren de su empleo de modo permanente o recurrente, conforme al precio de referencia y para las formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones de los medicamentos que al efecto se determinen. Que los beneficiarios del Sistema al observar el cumplimiento de los tratamientos indicados evitarán las complicaciones propias del abandono de los mismos, constituyendo una medida sanitaria que mejora la accesibilidad de los beneficiarios y evita los gastos generados por el incumplimiento terapéutico para los Agentes del Seguro. Que el tiempo transcurrido y las variaciones verificadas desde el dictado de la Resolución N° 201/02 del Ministerio de Salud que establece los precios de referencia, hacen indispensable su actualización y la institución de la modalidad de monto fijo publicado, resultante de la aplicación del porcentaje de cobertura pertinente sobre el precio de referencia de todos los productos de una misma forma farmacéutica, concentración y presentación, con el fin de contribuir a una mayor y más clara elección por parte de los usuarios. Que para aquellos medicamentos cuyo precio de venta al público sea inferior al monto fijo publicado, la cobertura por parte del Agente del Seguro será del setenta por ciento (70%) del precio de venta al público. Que la presente reformulación, además de constituir una actualización científico-técnica de los anexos del PMOE, pretende resolver distorsiones verificadas que hacen que los beneficiarios de Obras Sociales no obtengan de modo uniforme los beneficios de cobertura consagrados en el mencionado Programa. Que con el objeto de fortalecer la calidad de los servicios sanitarios relacionados con la salud sexual y la procreación responsable, que reciben los beneficiarios del SEGURO NACIONAL DE SALUD y en consonancia con el artículo 6° de la Ley 25.673 se deberá establecer un adecuado sistema de control para la detección temprana y la prevención adecuada de las enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y cáncer genital y mamario. Que asimismo a demanda de los beneficiarios y en el marco de la atención primaria de la salud, a través de los prestadores de servicios, se tendrá que prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos y de prevención que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios,

salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquéllos aprobados por la ANMAT. Que a fin de dar cumplimiento con el artículo 7º de la Ley N° 25.673 que ordena que las prestaciones precitadas deberán ser incluidas en el nomenclador nacional de prácticas médicas y en el nomenclador farmacológico, la Superintendencia de Servicios de Salud elevó a este Ministerio la propuesta de modificación de la Resolución Ministerial N° 201/02 incorporando las previsiones de la ley 25.673 y su reglamentación. Que se han tenido en cuenta las recomendaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud en la materia y las realizadas por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Que los beneficiarios de Obras Sociales deben recibir la información y las prestaciones pautadas en la presente bajo programa, que será controlado y fiscalizado por la Superintendencia de Servicios de Salud. Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS del MINISTERIO DE SALUD, ha tomado la intervención de su competencia. Que se actúa en el marco de las atribuciones acordadas por el artículo 18 del Decreto N° 486/ 02 y el artículo 8 del Anexo I del Decreto N° 987/03.

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD RESUELVE:

Artículo 1º – Modifícase el Anexo I de la Resolución N° 201/ 02 MS incorporándose en el ítem 1.1.5 el Programa de Prevención de la Ley 25.673, el que quedará redactado de la siguiente manera: «1.1.5. Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley 25.673): sin coseguro a cargo de los beneficiarios».

Art. 2º – Modifícase el apartado 7 del Anexo I de la Resolución N° 201/02-MS, el que quedará redactado de la siguiente manera:

7.1. Se asegura por parte del Agente del Seguro de Salud, la cobertura de los medicamentos de uso ambulatorio que figuran en el Anexo III con 40% a su cargo para medicamentos de uso habitual, y 70% a su cargo para los medicamentos destinados a patologías crónicas prevalentes, que requieren de modo permanente o recurrente del empleo de fármacos para su tratamiento, conforme al precio de referencia (monto fijo) que se publica en el Anexo IV y para las formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones de cada medicamento, que allí se individualizan. El Anexo V incluye medicamentos de alternativa terapéutica, cuya cobertura por parte del Agente del Seguro de Salud deberá ser resuelta por su auditoría médica según las recomendaciones de uso establecidas en dicho Anexo. La cobertura será del 40% para medicamentos de uso habitual y 70% para los medicamentos destinados a patologías crónicas prevalentes, que requieran de modo permanente o recurrente del empleo de fármacos para su tratamiento. Todo ello, a cargo del Agente del Seguro de Salud y conforme al precio de referencia – monto fijo – que se publica en el referido Anexo y para las formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones que de cada medicamento se individualizan.

7.2. Los medicamentos suministrados durante la internación tendrán cobertura del 100% para los beneficiarios, a cargo del Agente del Seguro de Salud.

7.3. Tendrán cobertura del 100% para los beneficiarios, a cargo del Agente del Seguro de Salud, los medicamentos que a continuación se detallan y los que la autoridad de aplicación incorpore en el futuro:

- Eritropoyetina destinada al tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica.
- Dapsona destinada al tratamiento de lepra en cualquiera de sus formas clínicas.
- Medicamentos para uso oncológico según protocolos oncológicos aprobados por la autoridad de aplicación.
- Inmunoglobulina antihepatitis B según recomendaciones de uso del Anexo III verificadas por la auditoría del Agente del Sistema Nacional del Seguro de Salud.
- Drogas para el tratamiento de la tuberculosis. Tendrán cobertura del 100% para los beneficiarios, a cargo del Agente del Seguro de Salud, los medicamentos incluidos en los Anexos III y IV y que se encuentran explícitamente comprendidos en las siguientes normas de aplicación:
- Resolución 301/99 MSyAS. Cobertura de insulina (100%).
- Resolución 791/99 MSyAS. Cobertura al 100% de la piridostigmina (comp. 60mg), destinado al tratamiento de la Miastenia Gravis y en la dosis diaria necesaria para cada caso. Tendrán cobertura del 100% para los beneficiarios, a cargo del Agente del Seguro de Salud, los medicamentos de uso anticonceptivo incluidos en los Anexos III y IV y que se encuentran explícitamente comprendidos en la norma de aplicación emergente de la Ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- Anticonceptivos intrauterinos, dispositivos de cobre. La cobertura estará a cargo de los Agentes del Seguro al 100%.
- Condomes con o sin espermicidas, diafragmas y espermicidas. La cobertura estará a cargo de los Agentes del Seguro al 100%.

7.4. La cobertura de medicación de soporte clínico de la quimioterapia destinada a la prevención y tratamiento de los vómitos inducidos por los agentes antineoplásicos según los protocolos oncológicos aprobados por la autoridad de aplicación, será del 100% para los beneficiarios y estará a cargo del Agente del Seguro de Salud. La cobertura de medicación analgésica destinada al manejo del dolor de pacientes oncológicos, según los protocolos oncológicos aprobados por la autoridad de aplicación, será del 100% para los beneficiarios y estará a cargo del Agente del Seguro de Salud.

7.5. Tendrán cobertura del 100% para los beneficiarios y apoyo financiero del Fondo Solidario de Redistribución a cargo de la Administración de Programas Especiales (APE), en los términos del decreto P.E.N. 53/98 los medicamentos incluidos en las Resoluciones Nros. 475/02-APE, 500/04-APE, 5600/03-APE y 2048/03-APE y sus modificatorias.

7.6. Todos los profesionales médicos y odontólogos que brinden servicios a los Agentes del Seguro de Salud deberán prescribir los medicamentos por su nombre genérico o denominación común internacional y se aplicarán en la dispensa los principios y mecanismos establecidos en la Ley N° 25.649 y su Decreto Reglamentario. Sin perjuicio del objetivo de promover el uso racional del medicamento, las recomendaciones de uso establecidas en los Anexos III y V de la presente, sobre la cobertura de medicamentos en determinadas situaciones clínicas de acuerdo a la mejor

evidencia científica disponible, no podrán introducir limitaciones sobre tratamientos farmacológicos en curso al momento de su dictado, en tanto se encuentren acreditados por parte de la auditoría del Agente del Seguro de Salud los beneficios terapéuticos esperados en cada caso y la pertinencia de la continuidad de tratamiento.

Art. 3º – Sustitúyese el Anexo III de la Resolución N° 201/02-MS por el de «Anexo III - Estructura. Recomendaciones de Uso del Formulario Terapéutico» que como Anexo I forman parte integrante de la presente.

Art. 4º – Sustitúyese el Anexo IV de la Resolución N° 201/02-MS por el denominado «Anexo IV - Medicamentos del Formulario Terapéutico. Precios de referencia: Especialidades Medicinales agrupadas por forma farmacéutica, concentración y presentación, precio sugerido al público con su precio de referencia por monto fijo (cobertura a cargo del Agente del Seguro de Salud)», que como Anexo II forma parte integrante de la presente.

Art. 5º – Incorpórase a la Resolución N° 201/02-MS, como Anexo V el denominado «Anexo V - Listado de medicamentos de excepción con recomendaciones de uso. Medicamentos con cobertura en situaciones particulares detalladas en el presente Anexo. Precios de referencia: Especialidades Medicinales agrupadas por forma farmacéutica, concentración y presentación, precio sugerido al público con su precio de referencia por monto fijo (cobertura a cargo del Agente del Sistema Nacional del Seguro de Salud)», que como Anexo III integra la presente.

Art. 6º – Los Agentes del Seguro deberán elaborar un Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable de acuerdo a las características demográficas, epidemiológicas y regionales propias, el que deberá tener en cuenta el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y los alcances de esta Resolución. La Superintendencia de Servicios de Salud establecerá mediante el dictado del acto administrativo correspondiente los indicadores sanitarios, las tasas de uso y cantidad y tipo de las prestaciones establecidas en la presente, así como la información epidemiológica relevante que deberán recabar y remitir a la autoridad de aplicación los Agentes del Seguro de Salud.

Art. 7º – Las disposiciones contenidas en la presente entrarán en vigencia a partir de los ocho (8) días de su publicación en el Boletín Oficial.

Art. 8º – Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.
– Ginés M. González García.