

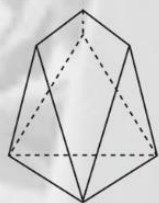
Salud y Seguridad Social

Programa médico obligatorio (PMO)

Análisis integral de sus fundamentos, alcances y desafíos

Documento técnico

Noviembre 2025



Fundación
Poliedro

Elaboraron este documento

Hilario Bielsa

Martín Pont Vergés

Santiago Torroba

Lionel Gaggino

Julieta Arilla

Cita Sugerida

Fundación Poliedro (2025). *Programa Médico Obligatorio (PMO): análisis integral de sus fundamentos, alcances y desafíos*. Dirección de Salud y Seguridad Social. Fundación Poliedro.

Esta publicación es una versión actualizada del documento *Análisis del Programa Médico Obligatorio (PMO). Hacia la consagración del derecho a la salud. Año 2023*, originalmente publicado en 2023 en el repositorio web del Ministerio de Salud, que actualmente no se encuentra disponible en línea. Para garantizar su accesibilidad y difusión, Fundación Poliedro presenta esta nueva edición, que ha sido revisada y ampliada para incluir datos actualizados a 2024.



Resumen ejecutivo

El Programa Médico Obligatorio (PMO) constituye el más importante antecedente en la determinación política de explicitar el **derecho a un conjunto de servicios de salud** y prefigura el derecho básico de un aproximado de casi 18 millones de personas, convirtiéndolo en la canasta prestacional de mayor alcance en nuestro país.

Sin embargo, en su diseño, el PMO **carece de una delimitación clara y precisa de los servicios que efectivamente garantiza**, por cuanto ha generado incertidumbre entre los usuarios por los que vela, quienes no poseen certeza sobre sus derechos y lo que pueden esperar del sistema de salud.

Actualmente la obligación prestacional referida habitualmente como "PMO" es, en verdad, la confluencia de dos bloques normativos diferenciados: el PMO "propriadamente dicho" (los Anexos de la Res. 201/02, asentados como Programa Médico Obligatorio por la Res. 1991/05 y sus modificaciones posteriores) y el conjunto de normativas que amplían la cobertura de los sujetos obligados a cumplir el PMO. Así, **la responsabilidad de cobertura de los sujetos obligados por el PMO constituye un cuerpo normativo más amplio**, donde se combinan y superponen distintos instrumentos.

En este trabajo, al conjunto de normativas que establecen o modifican el listado de prácticas, prestaciones y medicamentos cubiertos lo denominamos **PMO "propriadamente dicho"**. De esta forma, se lo diferencia del **PMO "en sentido amplio"** o, simplemente, PMO, que incluye todas las obligaciones de cobertura a las que están sujetos los financiadores alcanzados por el PMO; principalmente, aquellas determinadas por leyes especiales.

Desde esta perspectiva, el presente documento realiza una revisión integral del PMO buscando, en primer lugar, ofrecer una **base empírica para trabajar sobre su transformación** y, en segundo lugar, generar un **punto de partida para futuras investigaciones** sobre aspectos financieros, de costo-efectividad y de carga de enfermedad. Por último, busca constituir un listado unificado con el propósito de facilitar el acceso a la información por parte de financiadores, prestadores y de su población beneficiaria, que tiene el derecho a conocer sus derechos.



Índice

Introducción.....	5
El Programa Médico Obligatorio	7
Origen y modificaciones normativas del PMO propiamente dicho	7
Estructura general del PMO propiamente dicho.....	9
Concepto actual de PMO.....	11
Peso económico de cada componente	12
Análisis prestacional del PMO.....	14
Aspectos globales del PMO propiamente dicho.....	14
Sobre el Anexo I.....	15
Sobre el Anexo II.....	16
Sobre el Anexo III.....	17
Sobre el Anexo IV.....	18
Sobre el Anexo V.....	18
Leyes Especiales.....	19
Sistema Único de Reintegro por Gestión de Enfermedades (SURGE).....	22
Problemáticas y desafíos	26
Carácter abierto.....	26
Alcance parcial.....	26
Dispersión normativa	27
Explicitación incompleta.....	27
Ausencia de un listado de referencia público y unificado.....	27
Método de selección y priorización prestacional indefinido.....	28
Ambigüedad del concepto de cobertura de salud.....	28
Ausencia de metas y falta de una lógica de monitoreo y medición de impacto	28
Falta de garantías de calidad.....	28
Priorización implícita	29
Capacidad diferenciada de cobertura.....	29
Dificultades en la sostenibilidad económica.....	30
Referencias Bibliográficas.....	32



Introducción

En la República Argentina, la salud constituye un derecho humano fundamental y su protección, en un sentido amplio, funda una responsabilidad elemental del Estado. Sin embargo, su satisfacción efectiva ha enfrentado, históricamente, grandes desafíos. Uno de ellos es **la tensión entre la amplitud de la universalidad del derecho a la salud y la limitada capacidad del Estado de garantizar el acceso a las necesidades** sociales que de él dimanar.

En la actualidad, merced a los problemas derivados de la transición demográfica, el costo creciente de tecnologías y medicamentos, el deslizamiento epidemiológico hacia las enfermedades no transmisibles y la demanda creciente de acceso universal e irrestricto a la salud por parte de la población, dicha tensión se ha exacerbado.

En este contexto, el **Programa Médico Obligatorio (PMO)** destaca por ser el más importante antecedente en la determinación política de **explicitar el derecho a un conjunto de servicios de salud** por debajo del cual ninguna persona debería ubicarse en ningún contexto¹. Sin embargo, solo representa a una parte de la población. En Argentina, dicho Programa prefigura el derecho básico de un aproximado de casi 18 millones de personas (casi un 40% del total de la población) (MSAL, 2022), convirtiéndolo en la canasta prestacional de mayor alcance en nuestro país.

No obstante, el diseño del PMO ha sido objeto de diversas controversias desde su creación. Entre ellas, destaca la ausencia de una **delimitación clara y precisa de los servicios que efectivamente garantiza**, por cuanto ha generado incertidumbre entre los usuarios por los que vela. Ellos, a su vez, no poseen certeza sobre sus derechos y lo que pueden esperar del sistema de salud (Maceira et al., 2012).

Por todo lo anterior, esta revisión integral del PMO busca, en primer lugar, **ofrecer una base empírica para trabajar sobre su transformación** y, eventualmente, sobre el histórico desafío político-sanitario de elaborar un plan superador. En segundo lugar, generar un punto de partida para futuras investigaciones sobre sus aspectos financieros, de costo-efectividad y de carga de enfermedad. Por último, constituir un listado unificado con el propósito de facilitar el acceso a la información por parte de financiadores, prestadores y de su población beneficiaria, que tiene el derecho a conocer sus derechos.

En un primer capítulo, se realiza una **descripción general** del Programa Médico Obligatorio, detallando sus orígenes, su evolución normativa y su estructura básica. A continuación, el segundo capítulo despliega un **análisis de las prestaciones** discriminadas según Anexo y Ley Especial. El tercer capítulo repasa las principales problemáticas y desafíos que se desprenden del análisis efectuado en los apartados anteriores. Por último, los Anexos aportan cuatro tablas homologables de prestaciones. Al abarcar los Anexos del PMO, pero también las incorporaciones de cobertura realizadas a través de diferentes Leyes Especiales, este trabajo provee una primera versión de un **listado integral de las**

¹ Resolución 939, Ministerio de Salud – Salud Pública, 2000.



prestaciones incluidas en la responsabilidad de financiamiento de las Obras Sociales Nacionales (OSN) y las Entidades de Medicina Prepaga (EMP).



El Programa Médico Obligatorio

Origen y modificaciones normativas del PMO propiamente dicho

Los orígenes del PMO se remontan a la sanción de la [Ley 23.661/89](#), donde se creó el **Sistema Nacional del Seguro de Salud**. En esta normativa aún no se nombraba explícitamente al Programa, pero, en el artículo 28, se indicaba que los agentes del seguro de salud debían desarrollar una canasta de prestaciones en salud para sus afiliados y se instruía a la entonces Secretaría de Salud a determinar y mantener actualizado un listado de prestaciones obligatorias.

Es en el [Decreto 492/95](#) que, en seguimiento de lo indicado por la Ley 23.661, se crea formalmente un programa de prestaciones médico asistenciales bajo la denominación de Programa Médico Obligatorio (PMO). En su artículo 1º, la norma confiere al Ministerio de Salud y Acción Social, a través de la Secretaría de Políticas de Salud, la responsabilidad de aprobar el listado de prestaciones médicos asistenciales cubiertas. En el artículo 2º, por su parte, se crea en el ámbito del órgano de aplicación una Comisión Técnica del Programa Médico Obligatorio, encargada de formular y reglamentar el Programa e integrada por representantes del Ministerio y de la Confederación General del Trabajo (CGT).

Un año después, la [Resolución 247/96](#) del Ministerio de Salud y Acción Social aprobó finalmente el PMO, definiéndolo como:

"[...] el régimen de Asistencia Obligatoria [...] que todos los Agentes del Seguro involucrados en las mencionadas leyes [23.660 y 23.661] (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."

Con posterioridad, la [Ley 26.682/11](#) incorporaría dentro del alcance a las Entidades de Medicina Privada (EMP). La Resolución 247/96 prohibió el establecimiento de períodos de carencia, coseguros o copagos por fuera de lo expresamente indicado en el PMO. Al mismo tiempo, definió de forma general su cobertura. En ella, se incluyó un conjunto de prácticas y procedimientos, el desarrollo de actividades de atención primaria de salud, un plan materno infantil, intervenciones de prevención oncológica y de odontología, la atención en segundo nivel por especialidades y la internación, el diagnóstico y tratamiento de HIV, hemodiálisis, trasplantes y prótesis. También se establecieron niveles fijos de coseguros en la atención y se fijó la cobertura al 40% del costo de los medicamentos incluidos en vademécums confeccionados por los propios agentes y del 100% de la medicación en internación y en algunas condiciones especiales (como inmunosupresores, entre otros) (Torres et al., 2020).



A partir de la entrada en vigencia de la Resolución 247/96, sucesivas modificaciones fueron transformando –a través de ampliaciones directas o leyes complementarias– el espíritu original de garantizar la cobertura de las patologías más frecuentes mediante un catálogo de prestaciones, prácticas y medicamentos bajo el concepto de atención primaria de la salud.²

Figura 1. Cronología de la evolución normativa del PMO propiamente dicho

- [Decreto 492/95](#) - Comisión Técnica
- [Res. 247/96](#) - Primera versión del PMO
- [Res. 528/96](#) - Incorporación del programa VIH y DPCA
- [Res. 356/97](#) - Aclaratoria de generalistas y pediatras
- [Res. 157/98](#) - Aclaratoria
- [Res. 542/99](#) - Incorporación de insulina
- [Res. 791/99](#) - Incorporación de mestinon 60 mg
- [Res. 939/00](#) - Segunda versión del PMO, con catálogo explícito de prestaciones
- [Res. 1/01](#) - Modificatoria
- [Decreto DNU 486/02](#) - Declaración de Emergencia Sanitaria
- [Res. 201/02](#) - Aprobación del PMO de Emergencia (PMOE)
- [Res. 674/03](#) - Mecanismo para proponer modificaciones al PMO
- [Res. 757/04](#) - Evaluación de propuestas de modificación
- [Res. 82/05](#) - Exclusión de rofecoxib
- [Res. 310/04](#) - Sustitución de Anexos III y IV y creación de Anexo V
- [Res. 758/04](#) - Modificación de prestaciones en Anexos IV y V
- [Res. 752/05](#) - Incorporación de prestaciones en Anexos III y IV
- [Res. 1747/05](#) - Incorporación de medicamentos
- [Res. 1991/05](#) - Tercera versión del PMO: res. 201/02 reemplaza res. 939/00
- [Res. 499/2006](#) - Abrogación de Res. 674/03
- [Res. 232/07](#) - Incorporación de anticoncepción hormonal al Anexo III
- [Res. 1418/07](#) - Rectificación de dosis de anticonceptivos en Anexo III
- [Res. 560/12](#) - Requisito de Cobertura Prestacional Mínima para EMPs
- [Res. 17/15](#) - Incorporación de retinopatía del prematuro al Anexo II
- [Res. 58E/17](#) - Modificación de aranceles
- [Res. 1452/19](#) - Incorporación de principio de nusinersen al Anexo I (no se adecuó el Anexo II)
- [Res. 2894/19](#) - Incorporación de fibrosis quística al Anexo I (no se adecuó el Anexo II)
- [Res. 2922/19](#) - Incorporación de implante subdérmico al Anexo II (aún no actualizado)
- [Res. 3159/19](#) - Incorporación de prestaciones vinculadas a identidad de género al Anexo III-IV
- [Res. 3437/21](#) - Incorporación de leuprolida acetato a los Anexos III y IV (aún no actualizado)

Fuente: elaboración propia.

El PMO publicado en el año 1996 ha tenido 4 modificaciones importantes. En el año 2000, la [Resolución 939/00](#) consolidó una segunda versión del PMO, esta vez con especificaciones de cobertura a través de un Catálogo Prestacional explícito. En 2002, la [Resolución 201/02](#) aprobó, en el contexto de la Emergencia Sanitaria, el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) –cuyos Anexos, como se detallará más adelante, sirvieron de soporte para la posterior ampliación de las prestaciones explícitas del Programa–. Dos años después, la [Resolución 310/04](#) sustituyó los Anexos III y IV (de medicamentos) y creó el Anexo V (de medicamentos de excepción). Por último, en el año 2005, la [Resolución 1991/05](#) del Ministerio

² Honorable Cámara de Diputados de la Nación.



de Salud derogó la Resolución 939/00 e instaló al catálogo del PMOE (Resolución 201/02) como Programa Médico Obligatorio.

En consecuencia, actualmente el PMO se compone por los Anexos de las **Resoluciones 201/02 y 310/04**, asentados por la **Resolución 1991/05**, y sus incorporaciones posteriores. En este listado se contemplan todas aquellas modificaciones que transforman o reemplazan la letra de los Anexos del PMO³.

En este trabajo, al conjunto de normativas que determinan el listado de prácticas, prestaciones y medicamentos cubiertos a través de modificaciones en la letra de los Anexos del PMO lo denominamos **PMO "propriadamente dicho"**. De esta forma, se lo diferencia del **PMO "en sentido amplio"** o, simplemente, PMO, que incluye todas las obligaciones de cobertura a las que están sujetos los financiadores alcanzados por el PMO; principalmente, aquellas determinadas por leyes especiales.

Estructura general del PMO propriadamente dicho

La estructura básica del PMO es el producto de sucesivas modificaciones de contenido, pero apenas de forma, sobre la **Resolución 201/02**. Se estructura a partir de 5 Anexos, tal como se presenta a continuación:

Cronología de la evolución normativa del PMO "propriadamente dicho"

Anexo I
*Cobertura
Básica*

Anexo II
*Catálogo de
Prestaciones*

Anexo III
*Formulario
Terapéutico*

Anexo IV
*Precios de
Referencia*

Anexo V
*Medicamentos
de Excepción*

ANEXO I – Cobertura básica

Normativa

Norma de base: [Res. 201/2002](#). Modificado por: [Res. 310/2004](#), [Res. 232/2007](#), [Res. 1452/2019](#), [Res. 2884/2019](#), [Res. 2922/2019](#), [Res. 3159/2019](#), [Res. 3437/2021](#).

Obligaciones

Determinadas de manera general. Atención Primaria // Atención Secundaria // Internación // Salud Mental // Rehabilitación // Odontología // Medicamentos // Otras Coberturas (cuidados paliativos, hemodiálisis, prótesis y órtesis) // Otros (copagos, adecuación al programa nacional de calidad y adecuación al programa nacional de vigilancia)

Estructura

³ No se contemplan las ampliaciones que, instruidas por Leyes Especiales, no afectan explícitamente algún Anexo del PMO en su redacción. Las mismas se analizan en la sección "Análisis Prestacional – Leyes Especiales" del presente documento.



Se incluyen programas y una serie de prácticas y medicamentos. Si bien la gran mayoría de las prácticas individuales se encuentran especificadas en los Anexos con formato de listado (II, III y V), algunas de ellas aparecen únicamente en este Anexo debido a particularidades en el desarrollo de la normativa modificatoria.

Además, se fijan coseguros específicos, quedando exceptuados de pagarlos: las embarazadas hasta 30 días después del parto, los niños y niñas hasta la edad de 1 año, los pacientes oncológicos y los programas preventivos.

ANEXO II – Catálogo de prestaciones

Normativa

Norma de base: [Res. 201/2002](#). Modificado por: [Res. 1991/2005](#).

Obligaciones

Prácticas agrupadas por categoría y código que deben ser cubiertas obligatoriamente bajo las condiciones establecidas.

Estructura

Extenso listado de prácticas explícitas, ordenadas por grupos. Por ejemplo:

OPERACIONES EN LOS VASOS Y GANGLIOS LINFÁTICOS

090101 linfadenectomía cervical axilar o inguinal unilateral

090102 linfadenectomía cervical axilar inguinal radical bilateral

090103 escisión de lesión de conductos linfáticos linfangioma higroma

ANEXO III – Formulario terapéutico

Normativa

Norma de base: [Res. 201/2002](#), sustituida por [Res. 310/2004](#). Modificado por: [Res. 758/2004](#); [Res. 82/2005](#), [Res. 232/2007](#), [Res. 2922/2019](#), [Res. 3159/2019](#).

Obligaciones

Medicamentos que deben ser cubiertos obligatoriamente bajo las condiciones establecidas con un grado de cobertura del 40%, 70% o 100% según el caso.

Estructura

Medicamentos desplegados por categoría y hasta 3 subcategorías que deben ser cubiertos obligatoriamente bajo las condiciones establecidas. Cada fármaco se codifica en base a su categorización y contiene asimismo el grado de cobertura. Ejemplo de estructura:

M SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO

M01 PRODUCTOS ANTIINFLAMATORIOS Y ANTIRREUMATICOS

M01A PRODUCTOS ANTIINFLAMATORIOS Y ANTIRREUMÁTICOS NO ESTEROIDEOS

M01AB DERIVADOS DEL ÁCIDO ACÉTICO Y SUSTANCIAS RELACIONADA

M01AB05.A DICLOFENAC POTASICO

40%

M01AB05.B DICLOFENAC SODICO

40%

M01AE DERIVADOS DEL ÁCIDO PROPIÓNICO

M01AE01.A IBUPROFENO

40%



ANEXO IV – Precios de referencia de medicamentos

Normativa

Norma de base: [Res. 201/2002](#), sustituida por [Res. 310/2004](#). Modificado por: [Res. 758/2004](#); [Res. 82/2005](#), [Res. 1747/2005](#), [Res. 1991/2005](#), [Res. 232/2007](#), [Res. 2922/2019](#), [Res. 3159/2019](#), [Res. 3437/2021](#).

Obligaciones

Se indica precio de referencia y monto cubierto para los medicamentos listados en el PMO.

Estructura

Presenta una tabla de Especialidades Medicinales con las siguientes columnas: clasificación ATC, nombre del medicamento, producto comercial, forma farmacéutica (comprimido o comp. rec.), concentración (dosis/unidad), presentación, laboratorio, precio de venta al público (PVP) y monto cubierto por PMO.

ANEXO V – Medicamentos de excepción con recomendaciones de uso

Normativa

Norma de base: [Res. 310/2004](#). Modificado por: [Res. 758/2004](#), [Res. 2922/2019](#), [Res. 3159/2019](#), [Res. 3437/2021](#).

Obligaciones

Como “medicamentos de excepción” incluye fármacos de alternativa terapéutica, cuya cobertura por parte del Sujeto Obligado deberá ser resuelta por su auditoría médica según las recomendaciones de uso. La cobertura es del 40% para medicamentos de uso habitual y 70% para los medicamentos destinados a patologías crónicas prevalentes. Específicamente, Incluye medicamentos con eficacia clínica y seguridad demostradas según evidencia científica convencional y que por su relación beneficio/riesgo y beneficio/costo conforman tratamientos farmacológicos de alternativa ante:

- 1) Patologías o problemas de salud no prevalentes y por ende no cubiertos por los medicamentos esenciales incluidos en el formulario terapéutico del PMO; y
- 2) Fallo de tratamiento, intolerancia o problemas de conveniencia (interacciones, contraindicaciones o particularidades farmacocinéticas de cada caso) de los medicamentos incluidos en el PMO.

Estructura

Posee el mismo formato que el Anexo III.

Concepto actual de PMO

En la actualidad, el PMO determina las obligaciones de cobertura de “prestaciones esenciales” para los entes abarcados por las Leyes 23.660, 23.661 y 26.682, a saber, las Obras Sociales Nacionales y las Entidades de Medicina Privada. Sin embargo, dichas obligaciones no se limitan a los cinco anexos descritos en la sección anterior. Existe, además,



un voluminoso cuerpo normativo que, sin ampliar de manera explícita el contenido de los Anexos del PMO, asignan a sus sujetos obligados nuevas obligaciones de cobertura. Entre estas disposiciones se incluyen leyes nacionales⁴ (y los decretos del Poder Ejecutivo Nacional y resoluciones ministeriales que las operativizan), además de otras resoluciones del Ministerio de Salud de la Nación, de la Administración de Programas Especiales y de la Superintendencia de Servicios de Salud que determinan la inclusión de recomendaciones o catálogos de referencia. Así, **la responsabilidad de cobertura de los sujetos obligados por el PMO constituye un cuerpo normativo más amplio, donde se combinan y superponen distintos instrumentos** habitualmente utilizados para la explicitación de los beneficios en salud.

En este sentido, la obligación prestacional referida habitualmente como "PMO" es, entonces, la confluencia de dos bloques normativos diferenciados: **el PMO "propriadamente dicho"** (conformado por los Anexos de la Res. 201/02, asentados como Programa Médico Obligatorio por la Res. 1991/05 y sus modificaciones posteriores) y el **conjunto de normativas que amplían la cobertura de los sujetos obligados** a cumplir el PMO, sin modificar expresamente el contenido de sus Anexos.

Este trabajo no se limita, por lo tanto, a analizar los contenidos de los Anexos sino que **abarca todas las prestaciones que hayan sido incluidas en la responsabilidad de financiamiento de los sujetos obligados a cumplir el PMO.**

Representación esquemática del PMO "en sentido amplio"



Peso económico de cada componente

De manera periódica, Prosanity Consulting, en conjunto con la Universidad Isalud (hasta el año 2021), y con investigadores nucleados en la Universidad del Salvador (USAL) y el Instituto

⁴ A efectos del presente trabajo, las denominaremos leyes por enfermedad o Leyes Especiales, indistintamente.



de Política, Economía y Gestión en Salud (IPEGSA) (a partir del año 2022), publican una **estimación del valor del PMO**. Para ello, distinguen cuatro componentes:

1. Programas preventivos (plan materno-infantil, programas oncológicos, odontología preventiva, programa "Salud Sexual y Procreación Responsable" y programa de Salud Mental).
2. Prestaciones ambulatorias (consultas en general, laboratorio, diagnóstico por imágenes y prácticas en consultas especializadas).
3. Prestaciones con internación (internación de agudos en establecimientos, intervención en internaciones cardiovasculares, internación para tratamiento de grandes quemados, internación para cuidados paliativos, internación en salud mental e internación domiciliaria).
4. Prestaciones especiales (ambulancias, traslados y emergencias; prótesis, órtesis e implantes; litotripsia; óptica; diálisis crónica; pre trasplante, trasplante y pos trasplante; embolizaciones; discapacitados; medicaciones especiales; obesidad; y fertilización).

En la Tabla 1 se presenta la estimación de valor producida para cada uno de los componentes, junto con el peso de cada uno de ellos en el costo total del PMO.

Componentes del PMO según valor y porcentaje relativo

Concepto	Valor (cápita + coseguro)	Porcentaje del valor total
Programas preventivos	3.072,08	7,30%
Prestaciones ambulatorias	14.629,29	34,78%
Prestaciones con internación	6.568,54	15,62%
Prestaciones especiales	17.799,32	42,30%
Total	42.069,23	100%

Fuente: Prosanity Consulting, IPEGSA y USAL, 2024.



Análisis prestacional del PMO

A lo largo de esta sección, se presentan los resultados del análisis prestacional del “PMO propiamente dicho”, así como de las Leyes Especiales junto a las cuales se constituye la totalidad de las obligaciones prestacionales del PMO.

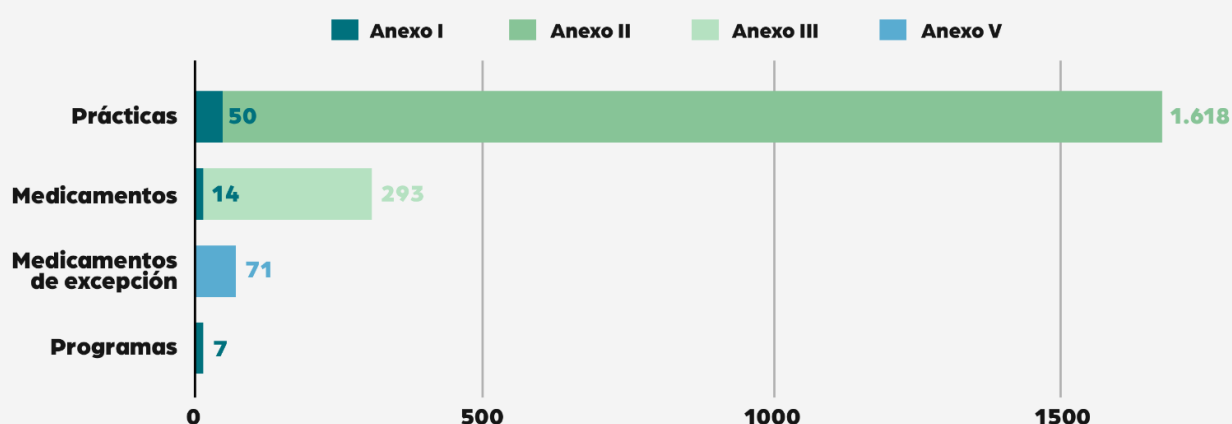
El análisis cualitativo de los cinco anexos de la Resolución 201/00 requirió la digitalización y categorización de la normativa vigente, así como su posterior procesamiento en forma de base de datos. Para abordar las incorporaciones de cobertura adicionales, fue necesario trabajar en la identificación, interpretación y sistematización de cada una de las Leyes Especiales y sus modificatorias. En ese sentido, los resultados cuantitativos deben tomarse como una estimación “de mínima” sobre la cantidad de prestaciones cubiertas y del grado de explicitación alcanzado. A continuación, se comienza por abordar anexo por anexo los contenidos del “PMO propiamente dicho”.

Aspectos globales del PMO propiamente dicho

En el conjunto de sus Anexos, el PMO propiamente dicho abarca un total de 2053 prestaciones.

- 1.668 de ellas se refieren a prácticas,
- 307 a medicamentos,
- 71 a medicamentos de excepción y
- 7 a programas de prevención y promoción de la salud.

Número de prestaciones cubiertas por el PMO, según tipo y anexo



Fuente: elaboración propia

Las prácticas se enumeran principalmente en el Anexo II (1.618), con algunas contribuciones del Anexo I (50), mientras que el grueso de los medicamentos proviene del Anexo III (293), con incorporaciones puntuales del Anexo I (14). El Anexo IV lista marcas y precios de



referencia, sin contribuir con prestaciones diferenciadas de aquellas consignadas en los Anexos III y V. El Anexo V, como se mencionó, contiene la totalidad de los medicamentos de excepción cubiertos.

Sobre el Anexo I

El Anexo I está destinado a **ordenar la cobertura mínima y general del PMO** de una manera global. A diferencia de los Anexos II, III y V, no contiene un listado integrado de prestaciones porque, en la inmensa mayoría de los casos, se limita a dar formato a los contenidos de los otros anexos o bien a enumerar coberturas de manera abierta e inespecífica.

Aún así, **el Anexo I aporta explicitación para 62 prestaciones** que no se encuentran en ningún otro anexo: son 50 prácticas y 12 medicamentos. Dichas prestaciones se agrupan en las siguientes categorías:

- Cod. 5: Fonoaudiología: hasta 25 sesiones por beneficiario por año calendario.
- Cod. 6: Odontología (49 prestaciones).
- Cod. 7.3: Fibrosis Quística (Res. 2894/19) (8 prestaciones).
- Leuprolida Acetato (Res. 3437/21).
- Condones con o sin espermicidas y espermicidas.
- Cod. 7.3bis: NUSINERSEN a pacientes con ATROFIA MUSCULAR ESPINAL tipo I, II y IIIa.

Por otra parte, el Anexo I incluye **siete programas de prevención y promoción** que, sin mayor explicitación, constituyen grupos de acciones no precisadas pero igualmente con garantía de cobertura. Estos programas presentan el mismo inconveniente que muchas leyes especiales: al no determinar taxativamente a qué tipos de acción se hace referencia, es imposible traducirlas en prestaciones concretas y excluyentes. Los programas cubiertos son:

- Cod. 1.1. Programas de Prevención Primaria y Secundaria
 - Cod. 1.1.1. Cobertura durante el embarazo y el parto a partir del momento del diagnóstico y hasta el primer mes luego del nacimiento.
 - Cod. 1.1.2. Atención del recién nacido hasta cumplir un año de edad.
 - Cod. 1.1.3. Programas de prevención de cánceres femeninos.
 - Cod. 1.1.4. Odontología preventiva: campos de prevención, fluoración y campañas de educación para la salud bucal.
 - Cod. 1.1.5. Programa de salud sexual y Procreación Responsable (Ley 25.673).
- Cod 4. Salud mental
 - Cod. 4.1. Actividades de fortalecimiento y desarrollo de comportamientos y hábitos de vida saludables.
 - Cod. 4.2. Actividades específicas que tienden a prevenir comportamientos que puedan generar trastornos y malestares psíquicos.



Sobre el Anexo II

El Anexo II contiene un listado de **prácticas y procedimientos** que los financiadores comprendidos se encuentran obligados a brindar en las condiciones establecidas, ya sea mediante prestadores propios o contratados. **En total, el listado aglutina 1.618 prestaciones bajo 42 categorías.**

Dada la estructura general del PMO propiamente dicho y el volumen de prestaciones contenidas, es posible interpretar que el objetivo del Anexo II es listar las prácticas y procedimientos explícitamente cubiertos por el PMO. Sin embargo, ya mencionamos que 50 prácticas figuran en el Anexo I pero no en el Anexo II, debido a las particularidades del desarrollo posterior de la normativa de ampliación de cobertura.

Cantidad de prácticas cubiertas en el Anexo II, por categoría

Categoría	Número	Categoría	Número
Análisis clínicos	414	Genética humana	15
Op. en Ap. Digestivo y Abdomen	118	Neurología	14
Medicina nuclear	106	Neumonología	14
Op. Otorrinolaringológicas	105	Salud Mental	13
Radiología	101	Ginecología y obstetricia	13
Op. en Urinario y genital masc.	81	Op. en la Mama	11
Op. en el Sist. Nervioso	69	Anatomía patológica	11
Op. en huesos y articulaciones	66	Op. en el Sis. Endocrino	10
Op. en Sist. Cardiovascular	52	Amputaciones y desarticulaciones	9
Op. en el Sist. Visual	50	Urología	8
Genital Femenino y Obstetricia	44	Op. en Vasos y ganglios linfáticos	8
Yesos, vendajes y tracciones	32	Nefrología	6
Operaciones en piel y tejido subcutáneo	27	Terapia radiante	6
Gastroenterología	25	Rehabilitación médica	6
Procedimientos combinados	24	Asist. Consultorio, domicilio e internación	6
Op. en el Tórax	22	Anestesiología	5
Hemoterapia	22	Cirugía artroscópica	4
Ecografía	22	Endocrinología y nutrición	3
Cardiología	20	Tratamientos especiales	2
Otorrinolaringología	19	Pediatría	1
Oftalmología	18	Alergia	1
Sanatoriales y de enfermería	15	Suma Total	1.618

Fuente: elaboración propia.

Las prácticas cubiertas se despliegan en 44 categorías. Seis de ellas (análisis clínicos, operaciones en el sistema digestivo y abdomen, medicina nuclear, operaciones otorrinolaringológicas y radiología) acumulan aproximadamente la mitad (844) de las 1.618



prácticas cubiertas por el Anexo II. Es posible acceder al listado completo de prácticas incluidas en el PMO consultando el **Anexo I** de este documento.

Sobre el Anexo III

El Anexo III, por su parte, contiene un **Formulario Terapéutico** que, en la actualidad, abarca **293 medicamentos**. La lista se estructura a través de 14 categorías, 54 subcategorías de primer grado, 107 subcategorías de segundo grado y 170 subcategorías de tercer grado. Cada subcategoría tiene un grado de especificidad mayor a la anterior, que se subdividen hasta derivar en medicamentos concretos.

Cantidad de medicamentos en el Anexo III, por categoría

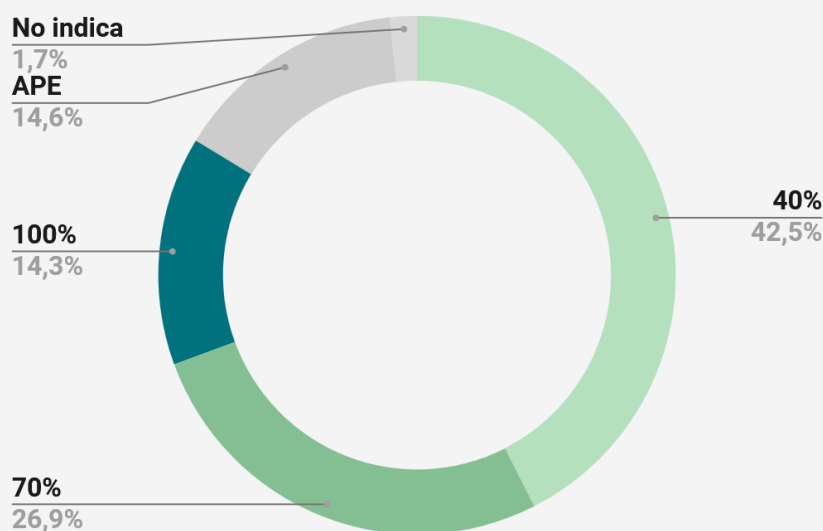
Categoría	Número
Antiinfecciosos generales de uso sistémico	61
Sistema nervioso	38
Sistema genitourinario y hormonas sexuales	36
Sistema cardiovascular	30
Aparato digestivo y metabolismo	24
Dermatológicos	17
Órganos sensoriales	15
Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	14
Sangre y órganos hematopoyéticos	13
Preparaciones hormonales sistémicas, excluyendo hormonas sexuales	13
Sistema respiratorio	10
Sistema musculo esquelético	10
Productos antiparasitarios, insecticidas y repelentes	7
Otros	5
Suma total	293

Fuente: elaboración propia.

Al analizar la composición del listado, podemos destacar que los antiinfecciosos generales representan el 20,8% del total, mientras que los fármacos asociados al sistema nervioso, el sistema genitourinario (incluyendo hormonas sexuales) y el sistema cardiovascular se reparten cuotas del 12,9%, 12,3% y 10,2% respectivamente. Ninguna categoría abarca menos de 5 medicamentos, oscilando entre los 61 y los 5 fármacos cubiertos.



Proporción de medicamentos, según porcentaje de cobertura



Fuente: elaboración propia.

El 14% de los medicamentos incluidos en el Anexo III cuentan con una **cobertura del 100%**, mientras que otro 14,7% se encuentra a cargo de la Administración de Programas Nacionales (APE, actualmente absorbida por la Superintendencia de Servicios de Salud). El 27% de los fármacos cuentan con **70% de cobertura** y el 42,7%, más de 2 de cada 5, cuentan con una cobertura del **40%**.

Sobre el Anexo IV

Como se señaló en el capítulo anterior, este Anexo no incorpora prestaciones nuevas, sino que **ordena y puntualiza los medicamentos consignados** en los Anexos III y V en función de su forma farmacéutica, concentración, presentación y laboratorio, indicando su precio de referencia y el grado de cobertura por parte del PMO. Por lo tanto, un análisis de sus contenidos excede los límites de la evaluación prestacional de este trabajo.

Sobre el Anexo V

Por último, el Anexo V ofrece un **listado de 71 fármacos**, organizados en 12 categorías, que deben ser cubiertos en casos de excepción —y auditoría mediante— por los sujetos obligados del PMO.

A diferencia de los medicamentos consignados en el Anexo III, **su cobertura se garantiza únicamente en los casos en que ofrezca un tratamiento alternativo** para problemas de salud no prevalentes o bien sirva como segunda opción tras el fallo de tratamiento, la intolerancia o la existencia de problemas de conveniencia con el medicamento de preferencia (sí cubierto



por el PMO). Su obligatoriedad se ve limitada por lo indicado en sus recomendaciones de uso y la definición de su cobertura queda en manos del agente.⁵

Cantidad de medicamentos de excepción en el Anexo V, por categoría

Categoría	Número
Sistema nervioso	17
Sistema respiratorio	11
Sistema cardiovascular	8
Antiinfecciosos generales de uso sistémico	7
Aparato digestivo y metabolismo	6
Dermatológicos	5
Órganos sensoriales	5
Sistema musculo esquelético	4
Sangre y órganos hematopoyéticos	3
Sistema genitourinario y hormonas sexuales	3
Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	1
Varios	1
Suma total	71

Fuente: elaboración propia.

Leyes Especiales

Como se mencionó, el PMO acarrea una problemática de origen ligada a la redundancia institucional en su proceso de ampliación. Este fenómeno se produce porque la definición de las prestaciones obligatorias no responde a un único proceso técnico-normativo, sino que conviven —y con frecuencia se superponen— diversas fuentes de incorporación de coberturas: resoluciones ministeriales, decretos reglamentarios y, en particular referido a este apartado, leyes especiales sancionadas por el Congreso que establecen la cobertura obligatoria de determinadas patologías, grupos poblacionales o tecnologías médicas específicas. Esta multiplicidad de canales produce una dispersión del gobierno efectivo del PMO, en tanto la autoridad sanitaria pierde el monopolio técnico sobre la definición de qué debe cubrir el sistema y en qué condiciones. La ampliación por vía legislativa suele responder a **presiones sectoriales o demandas sociales legítimas, pero sin un análisis integral de impacto presupuestario o de equidad distributiva**. Así, se consolida un mecanismo de expansión reactivo y descoordinado, en lugar de uno planificado y sujeto a criterios de priorización sanitaria.

⁵ Así, por ejemplo, la vacuna de la Hepatitis A —que no se encuentra en el calendario oficial de vacunación obligatoria— debe ser cubierta para situaciones particulares, como la afectación por patologías concurrentes o el viaje a zonas endémicas. De igual manera, el Latanoprost cuenta como “fármaco de alternativa para el tratamiento del glaucoma de ángulo abierto refractario al tratamiento con timolol (incluido en el Formulario Terapéutico del PMO) o en situaciones donde se han producido efectos adversos al mismo.”



En ese sentido, a lo largo de los años se han sancionado diversas **leyes nacionales** que, mencionando o no explícitamente al PMO en sus redacciones, **amplían la obligación prestacional de las OSN y las EMP**. Por ello, resulta necesario profundizar en su análisis de forma particular.

Antes de avanzar con el análisis prestacional, es importante tener en cuenta que no todas las leyes cuentan con el mismo grado de explicitación prestacional. Con explicitación se hace referencia a la existencia de un listado taxativo (más o menos exhaustivo) que puntualice prestaciones cubiertas más allá de la afirmación abstracta de la cobertura de una patología o problema de salud. A partir de dicha definición, se construyeron tres categorías que fueron utilizadas para formular una evaluación general de cada ley:

- Explicitación con listado taxativo: la ley y su normativa específica cuentan con un listado taxativo de prestaciones cubiertas, ya sea porque las mismas se precisan en la letra de la ley o porque el decreto o las resoluciones posteriores lo han incorporado. Por ejemplo: la Ley N° 26.743 de Identidad de Género.
- Explicitación incompleta con listado taxativo pendiente: la ley define una cobertura en sentido abstracto sin puntualizar prestaciones y ordena a la Autoridad de Aplicación la elaboración de un listado o guía que precise las prestaciones cubiertas, pero no se registra resolución que lo haga efectivo. Por ejemplo: la Ley N° 25.415 de Hipoacusia.
- Explicitación incompleta sin instrucción de listado taxativo: la ley y su normativa específica definen una cobertura en sentido abstracto (señala, como máximo, tipos de prestación – “diagnóstico”, “tratamiento”, etc.) sin puntualizar prestaciones en la ley, el decreto reglamentario ni las resoluciones (si existieran). Por ejemplo: la Ley N° 25.404 de Epilepsia.

De las 34 Leyes Especiales evaluadas, **16 pertenecen al primer grupo**, con un alto grado de explicitación mediante una lista taxativa, **7 al segundo**, con instrucciones de explicitación que aún siguen pendientes⁶, y **11 normativas directamente no puntualizan prestaciones concretas ni instrucciones de explicitación en ningún nivel de su normativa**.

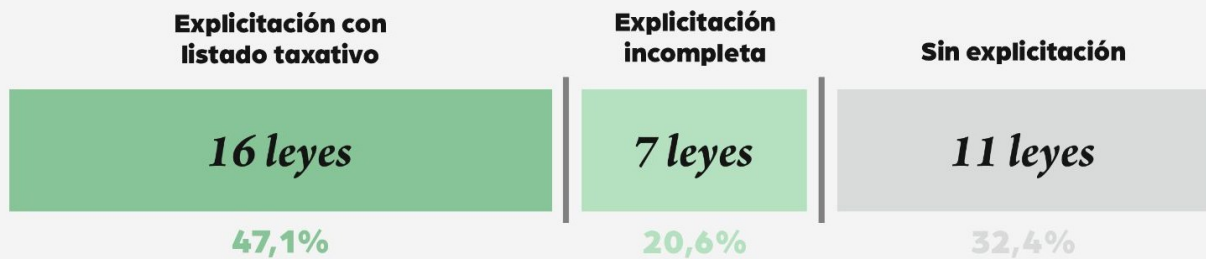
La falta de explicitación de la normativa es, por supuesto, un limitante para cualquier evaluación cuantitativa, pero también es un punto de análisis en sí mismo. El hecho de que más de la mitad de las normas introducidas no hayan explicitado completamente sus obligaciones de cobertura da una pauta sobre el diseño del PMO y su política de actualización: ya sea por falta de capacidades, por ausencia de necesidad o por la estructura de incentivos vigente, tanto legisladores como órganos de aplicación contribuyen directa o indirectamente a otorgar un carácter abierto e indefinido a ciertas obligaciones prestacionales.

⁶ Ley N° 24.788 de Lucha contra el Alcoholismo; Ley N° 25.415 de Hipoacusia; Ley N° 26.657 de Salud Mental; Ley N° 27.043 de Trastornos del Espectro Autista; Ley N° 27.071 de Personas Ostomizadas; Ley 27.130 de Prevención del Suicidio; y Ley N° 27.306 de Dificultades Específicas del Aprendizaje.



En el plano prestacional, **las 34 normativas analizadas mencionan 230 prestaciones**. 183 de ellas están expresadas de manera explícita y taxativa, mientras que otras 47 aparecen como afirmaciones abstractas de cobertura⁷. En total, se incluyen 98 medicamentos (91 explícitas y 7 no explícitas), 94 prácticas (81 explícitas y 13 no explícitas), 19 prestaciones que abarcan medicamentos y prácticas (en su totalidad, no explícitas), 7 programas (no explícitos) y 12 pertenecientes a la categoría "otros"⁸.

Leyes Especiales según evaluación de explicitación



Fuente: elaboración propia

⁷ Como, por ejemplo, "Prestaciones necesarias para el abordaje integral en las personas que presentan TEA", perteneciente a la Ley N° 27.043.

⁸ 11 explícitos y 1 sin explicitar: insumos para monitoreo glucémico, provisión de audífonos, provisión de prótesis auditivas, transporte terrestre o fluvial por razones asistenciales y alimentos para el crecimiento y desarrollo saludable en el embarazo y la niñez.



Número de prestaciones abarcadas por Leyes Especiales

Prestaciones explícitas	Número
Medicamentos	91
Prácticas	81
Otros	11
Total	183

Prestaciones no explícitas	Número
Amplias (med. y prácticas)	19
Prácticas	13
Medicamentos	7
Programas	7
Otros	1
Total	47

Fuente: elaboración propia.

Por otra parte, son 22 las leyes que, en el proceso de ampliación de cobertura prestacional, nombran al PMO como objeto de modificación; las 12 restantes garantizan cobertura para los beneficiarios de los sujetos obligados por el PMO, pero no lo mencionan en su articulado. Por ejemplo, la Ley N° 26.130 de Intervenciones de Contracepción Quirúrgica obliga la cobertura de la Ligadura de Trompas y la Vasectomía por parte de los sujetos obligados de la Res. 1991/05, pero no menciona al PMO ni en la Ley ni en la normativa posterior.

A lo largo del análisis prestacional de este segmento, se buscó identificar las prestaciones cubiertas por Leyes Especiales en el mayor grado de explicitación posible.

En el **Anexo 4** de este documento, titulado [*Leyes especiales que introducen ampliaciones de cobertura al PMO en sentido amplio*](#), se presenta cada normativa en detalle. Tras una revisión que incluye también a los decretos y resoluciones vinculadas, se especifica el número y nombre de cada Ley (con su correspondiente enlace a argentina.gov.ar), se brinda el año de promulgación, se detalla brevemente los contenidos de la ampliación de cobertura y se brinda una evaluación sobre el estado actual de su explicitación.

Sistema Único de Reintegro por Gestión de Enfermedades (SURGE)

El mecanismo de apoyo financiero a los Agentes del Seguro de Salud por enfermedades catastróficas tiene su origen en la Administración de Programas Especiales (APE), mediante el Decreto N° 53/1998. Este organismo descentralizado, dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social, fue establecido con autarquía administrativa, económica y financiera, y tuvo como función principal canalizar recursos del Fondo Solidario de Redistribución (FSR) para financiar prestaciones excepcionales o de alto costo que las obras sociales no podían afrontar con sus ingresos regulares. Durante la década de 2000, la APE se consolidó como el instrumento principal de compensación entre obras sociales, aunque su funcionamiento fue progresivamente cuestionado por la falta de criterios uniformes, demoras



administrativas y discrecionalidad en la asignación de fondos.⁹

Luego, en 2012, el Decreto 366/2012 transfirió la APE a la Superintendencia de Servicios de Salud, bajo la Gerencia General, preservando sus funciones y su continuidad jurídica. En ese mismo año, mediante la [Resolución 1200/12](#) de la Superintendencia de Servicios de Salud, se dispuso la creación del Sistema Único de Reintegros (SUR), con el propósito de modernizar y transparentar el mecanismo de financiamiento, sustituyendo gradualmente a la APE. El SUR introdujo un esquema estandarizado de reintegros con un catálogo de patologías y prestaciones específicas, estableciendo criterios técnicos y administrativos para su tramitación.

Posteriormente, en 2023, la [Resolución 731/23](#) de la SSS actualizó y amplió el sistema, que pasó a denominarse Sistema Único de Reintegros por Gestión de Enfermedades (SURGE). Esta normativa reorganizó el catálogo de prestaciones (Anexo II y III), mejoró la interoperabilidad de los procedimientos y buscó consolidar una gestión más ágil y digitalizada de los reintegros.

Si bien el SURGE fue concebido como un mecanismo de apoyo financiero destinado a facilitar que los Agentes del Seguro de Salud afronten económicamente determinadas prestaciones médicas de baja incidencia y alto impacto económico, así como aquellas vinculadas a tratamientos prolongados, **en la práctica se ha consolidado como una nómina de prestaciones de otorgamiento obligatorio a los beneficiarios por parte de dichos agentes.**

Esta situación puede explicarse por dos razones principales. En primer lugar, el Decreto N° 955/24 determina que todas las prestaciones susceptibles de reintegro a través de los mecanismos vinculados al Fondo Solidario de Redistribución pasan a ser exigibles como prestaciones básicas de cobertura obligatoria para los beneficiarios monotributistas de los Agentes del Seguro de Salud. En la práctica, esta interpretación implica, aunque no esté expresado de manera taxativa, la cobertura aplica a todos los beneficiarios de seguros de salud alcanzados por el PMO.¹⁰ En segundo lugar, el Anexo II del SURGE funciona de hecho como un catálogo más detallado y operativo de prestaciones, lo que ha llevado a que los Agentes del Seguro de Salud lo utilicen como referencia efectiva para definir los alcances de su cobertura frente a solicitudes individuales de los afiliados. Por tal motivo, aunque en rigor no constituye una parte formal o expresa del PMO, **el SURGE ha adquirido en la práctica un carácter cuasi normativo, funcionando como un marco operativo complementario que orienta la cobertura efectiva de los Agentes del Seguro de Salud y, en los hechos, amplía el alcance del propio Programa Médico Obligatorio.**

⁹ A lo largo de su trayectoria institucional, el marco normativo de la APE experimentó diversas modificaciones. En 1996, el Decreto 1615/1996 fusionó los organismos preexistentes del sistema (ANSSAL, INOS y DINOS) y creó la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) como autoridad de fiscalización y control, manteniendo bajo su órbita la Dirección de Programas Especiales. Posteriormente, el Decreto 651/1997 ubicó dicha dirección bajo la Subsecretaría de Regulación y Fiscalización del Ministerio de Salud. En el año 2000, el Decreto 446/00 dispuso la supresión de la APE, aunque su estructura funcional fue restablecida mediante el Decreto 1254/2003, que aprobó una nueva estructura orgánica, y la Resolución 500/2004, que creó el Programa de Cobertura de Prestaciones Médico Asistenciales. Este programa institucionalizó el sistema de reintegros y apoyos financieros a los Agentes del Seguro de Salud, consolidando a la APE como el instrumento operativo central para compensar los gastos derivados de patologías de alta complejidad o larga duración.

¹⁰ El otro catálogo prestacional comprendido en el Fondo Solidario de Redistribución, correspondiente al Mecanismo de Integración, se encuentra contemplado en el apartado de Leyes Especiales, particularmente en la Ley 24.901 de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad.



En relación a la composición del catálogo del sistema, cada prestación contemplada en el Nomenclador del SURGE puede corresponder a una práctica, un dispositivo médico, una enfermedad modulada o un medicamento, según consta en el Anexo III de la Resolución 731/2023 de la SSS. Asimismo, para que el Agente del Seguro de Salud pueda acceder al apoyo financiero por la prestación brindada, deberá cumplir con los requisitos de documentación e información respaldatoria establecidos para cada enfermedad, conforme lo determinado en el Anexo II de la misma resolución.

En el Anexo 6, titulado *Prestaciones incluidas en el Sistema Único de Reintegro por Gestión de Enfermedades (SURGE)*, se describe el conjunto de prestaciones contempladas en dicho sistema. Las definiciones operativas aplicables a ellas son las siguientes:

Enfermedades asociadas: son las patologías en el marco de las cuales se autorizan las prestaciones solicitadas por el Agente del Seguro de Salud.

Tecnología incluida: refiere, de forma específica, a la práctica, procedimiento o dispositivo médico que integra el conjunto de prestaciones reconocidas por el Sistema Único de Recupero (SURGE) y que, por lo tanto, se encuentra habilitada para su recupero económico.

Fundamento terapéutico: es el conjunto de condiciones clínicas, técnicas o normativas que deben reunirse para que una prestación sea considerada recuperable. Incluye la justificación médica de la indicación, la adecuación al diagnóstico y a la evidencia científica vigente, y la correspondencia con las normas, guías o programas oficiales que definen su cobertura, entre otros. Estos requerimientos se alinean generalmente con los requerimientos de auditoría a los médicos prescriptores.

Categoría: corresponde a la clasificación de la prestación sujeta a recupero, según la naturaleza de la tecnología sanitaria involucrada. Puede comprender las siguientes tipologías:

- **Práctica:** procedimientos diagnósticos, terapéuticos o quirúrgicos realizados por profesionales de la salud. En el caso de las prácticas, el monto a reintegrar incluye la totalidad de prácticas, procedimientos e insumos utilizados para dar cumplimiento a dicha prestación.
- **Dispositivo médico:** equipamientos, insumos o elementos utilizados con fines diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación o monitoreo. En este caso, el costo erogado por parte del Agente del Seguro de Salud corresponde al valor de adquisición del dispositivo, sin contemplar los gastos asociados a traslado, preparación, colocación o controles posteriores.
- **Enfermedad modulada:** contempla el conjunto de medicamentos potenciales utilizados para el tratamiento de una enfermedad determinada. En este caso, el monto máximo de recupero se establece por mes de tratamiento, abarcando todos los gastos incurridos en la compra de medicamentos incluidos para dicha patología, independientemente del número de unidades utilizadas, de la combinación de fármacos o de los cambios en el esquema terapéutico.



- Medicamentos: productos farmacéuticos empleados para la prevención, diagnóstico o tratamiento de enfermedades. En este caso, el costo erogado por el Agente del Seguro de Salud corresponde al valor de adquisición del medicamento, sin contemplar los gastos vinculados a traslado, preparación, administración o monitoreo.

En total, el Anexo III de la Resolución 731/2023 identifica 122 prestaciones comprendidas dentro del esquema de recupero del SURGE, distribuidas del siguiente modo: 27 prácticas, 26 dispositivos médicos, 41 enfermedades moduladas y 28 medicamentos, estos últimos vinculados exclusivamente al tratamiento de hemofilia A y B.

Número de prestaciones incluidas en el SURGE, por tipo

Tipo de prestación	Número
Enfermedad modular	41
Medicamentos (Hemofilia A y B)	28
Práctica	27
Dispositivo médico	26
Suma total	122

Fuente: elaboración propia.



Problemáticas y desafíos

Hasta ahora, hemos presentado los resultados de un extenso trabajo de relevamiento y sistematización, que fue capaz de digitalizar los Anexos del PMO y efectuar un análisis prestacional de cada uno de ellos. A la luz de dichos resultados, quedan a la vista algunos de los grandes desafíos inherentes a la naturaleza del instrumento. A ello se suman las contribuciones de diferentes productos académicos y técnico-políticos (Torres et al., 2020, Giedion et al., 2022, y Bielsa et al., s.f.). En conjunto, la bibliografía y la experiencia propia permiten esbozar algunas conclusiones sobre las **principales problemáticas** que presenta la implementación actual del PMO en un marco de acelerado desarrollo tecnológico (en el que los listados taxativos pierden vigencia rápidamente) y de restricción de recursos que limita la incorporación ágil y dinámica de prestaciones sin una minuciosa evaluación de su impacto económico, a saber:

Carácter abierto

El PMO abarca la cobertura de un listado no taxativo de prestaciones, con diferentes grados de amplitud y abstracción. Dentro del PMO “propriadamente dicho”, los Anexos II, III y V precisan prestaciones de manera explícita, generalmente con indicaciones de uso, pero el Anexo I incluye programas (prestaciones que agrupan a un conjunto variado e indefinido de prestaciones individuales) con un grado de abstracción mayor. Al mismo tiempo, las Leyes Especiales (que contribuyen a formar el PMO “en sentido abstracto”) pueden contener listados taxativos de prestaciones o bien limitarse a afirmaciones generales sobre tipos de prestación cubierta para cierta patología. Así, se configura un bloque de cobertura que es en realidad una suma de múltiples listados explícitos y de artículos que garantizan cobertura de manera abstracta, **generalmente pensada como un piso y no como un techo**. El PMO no es un contrato ni establece limitaciones de cobertura, sino estándares mínimos. Por lo tanto, los límites de lo que se cubre y lo que no tienden a ser difusos, e incluso librados a interpretación. **El contraste entre la universalidad del derecho constitucional a la salud y la ambigüedad de un PMO** sin carácter plenamente explícito motivan los reclamos recurrentes y la judicialización masiva bajo la figura del amparo de salud, contribuyendo a un circuito de aseguramiento ineficiente e inequitativo (Burgos, 2013).

Alcance parcial

El PMO obliga únicamente a los agentes abarcados por las Leyes 23.660, 23.661 y 26.682, es decir, las OSN y EMPs, respectivamente. Las Obras Sociales Provinciales (OSP), el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP/PAMI) y las Obras Sociales de Régimen Especial (OSRE) no se encuentran incluidas y cuentan, en cambio, con sus propios planes de beneficios, con mayor o menor grado de publicidad y explicitación. Por lo tanto, existe una disonancia de paquetes prestacionales que puede afectar la equidad en el acceso a la salud y provocar coberturas diferenciadas.



Dispersión normativa

Tal como se desarrolló en el apartado “Concepto actual del PMO”, **el PMO no es un listado único**, sino una combinación de a) normativas que modifican los anexos de la Res. 201/02 (ver Figura 1) y b) Leyes Especiales que amplían la cobertura de los sujetos obligados por el PMO (ver Figura 10). Esto significa que, a la hora de evaluar las obligaciones de cobertura de un financiador, no es posible referirse a una norma en particular, sino que es necesario revisar y ponderar normativas diferentes, que muchas veces no se encuentran directamente vinculadas.

Explicitación incompleta

Como pudo comprobarse en la sección de análisis prestacional, **el PMO presenta variados grados de explicitación** según el origen normativo de su cobertura. En los Anexos de la Res. 201/02, la cobertura es mayoritariamente explícita, con excepción de los programas de prevención. En cambio, tan solo 16 de las 34 Leyes Especiales analizadas cuentan con un listado taxativo (y, aún así, no necesariamente completo) de las prestaciones requeridas para garantizar la cobertura afirmada por la letra de la ley. De las otras 18 normas, 7 instruyen la elaboración de un listado por parte de la Autoridad de Aplicación que nunca fue publicado, mientras que las otras 11 no ofrecen referencia alguna a prestaciones concretas. La falta de explicitación refuerza el carácter abierto e indefinido del mayor garante de coberturas del país y, al mismo tiempo, evidencia deudas en la priorización técnica y política realizada por los organismos involucrados.

Ausencia de un listado de referencia público y unificado

Parte de las dificultades generadas por la dispersión podrían atenuarse si existiese un mecanismo unificado y oficial que resuma los contenidos de todas las normas involucradas en un solo lugar. Sin embargo, a la fecha, **ni la SSSalud ni el Ministerio de Salud cuentan con un portal** (ni de actualización periódica ni de acceso online) **que sistematice la información sobre las prestaciones cubiertas por el PMO** —incluyendo los Anexos I, II, III y V y las leyes por patología. La inexistencia de una fuente pública, unificada y oficial de la cobertura de salud de la población con cobertura de obras sociales y prepagas afecta los derechos de los ciudadanos (el derecho a la salud abarca necesariamente el conocimiento de la cobertura a la que se tiene acceso), los recursos de los financiadores (que deben dedicar tiempo y esfuerzo a distinguir qué es lo que deben cubrir obligatoriamente) y la capacidad de control y auditoría de la SSSalud (que enfrenta sus tareas sin una referencia unívoca de las obligaciones que debe hacer cumplir).¹¹

¹¹ El Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES) de Chile, por ejemplo, ofrece un listado de prestaciones y un listado de 87 patologías cubiertas.



Método de selección y priorización prestacional indefinido

Aunque la Res. 201/02 basa su composición en criterios técnicos (no especificados en el cuerpo de la norma), en la actualidad no existen principios ni mecanismos formales para seleccionar las prestaciones que deben cubrirse. **La selección, actualización y eventual exclusión de prestaciones del PMO no se sustentan en análisis epidemiológicos ni en evaluaciones de costo-efectividad o de impacto presupuestario** que orienten decisiones basadas en evidencia. Esta ausencia de criterios técnicos consolida un escenario propicio para que intereses sectoriales —y no el principio del bien común— incidan en la definición de las políticas de cobertura.

Ambigüedad del concepto de cobertura de salud

La cobertura garantizada por las leyes de discapacidad (Ley N° 24.901) abarca **prestaciones de transporte y educación**, y la de trasplante (Ley N° 26.928), de traslado para realizar la cirugía. La ley de personas celíacas, asimismo, exige una cobertura dineraria en concepto de alimentos sin TACC —es decir, incluye en el PMO una prestación de una naturaleza diferente a todas las demás. Estas coberturas, que plantean un desvío con respecto a la modalidad general del PMO, abren una profunda discusión sobre la competencia de las OOSS en ámbitos vinculados a la salud, pero que **exceden a la órbita del sistema de salud propiamente dicho**.

Ausencia de metas y falta de una lógica de monitoreo y medición de impacto

La ausencia de metas y objetivos sanitarios definidos y consensuados **libera a los diferentes actores a actuar bajo sus propios intereses sectoriales** sin coordinación, sin medición de resultados y **sin una lógica que maximice los beneficios de las coberturas brindadas**. Un PMO cuya cobertura esté asentada en los beneficios de salud proporcionados por cada prestación cubierta, con criterios de equidad y calidad, tendrá un impacto positivo para los usuarios y para los financiadores del sistema. Un PMO que provea instrumentos para monitorear el nivel de uso y de cobertura permitirá optimizar su impacto de manera dinámica y, al mismo tiempo, brindará información sanitaria clave que, en conjunto con estadísticas de resultados sanitarios, fortalecerá la elaboración de políticas públicas.

Falta de garantías de calidad

Las diferentes normativas ofrecen indicaciones de uso y, en algunos casos, referencias a consensos o guías de práctica clínica, pero **no se detectan procedimientos administrativos de garantía de calidad ni obligaciones asociadas a tiempos de cumplimiento**, más allá de

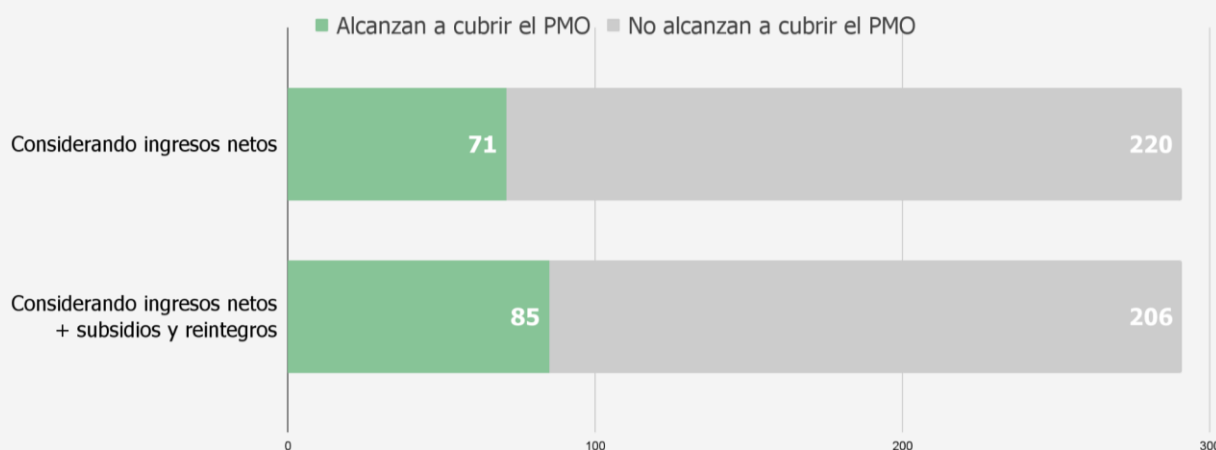


acuerdos puntuales y voluntarios de los prestadores. Es preciso evaluar los posibles aportes que la incorporación de estándares de calidad en el PMO podría realizar para la homogeneización de la cobertura y el mejoramiento de la atención.

Priorización implícita

Las características enumeradas hasta aquí se traducen en un PMO con un costo significativo. De acuerdo a las estimaciones de Prosanity Consulting, IPEGSA y USAL (2024), sin considerar los ingresos provenientes del Fondo Solidario de Redistribución, el 76% de las OSN (220 de 291) no alcanzan a cubrir el valor del PMO: \$42.069,23 por persona. Ajustado por beneficiario, las instituciones responsables por el 81% de los afiliados a la seguridad social nacional cuentan con ingresos inferiores al costo del PMO.

Número de OOS que alcanzan a cubrir el valor del PMO



Fuente: Prosanity Consulting, IPEGSA y USAL (2024).

Esto proporciona un **fuerte incentivo para limitar lo máximo posible la cobertura** a fines de garantizar la sustentabilidad de la entidad. La diferencia entre ingresos y costo total del PMO es saldada, en definitiva, con **priorización implícita**. Ante la ausencia de un esfuerzo público de priorización explícita, el sistema de salud recurre, para mantenerse a flote, a mecanismos informales (Breyer, 2013; Giedion et al, 2014). Así, se afecta el acceso y la calidad de los servicios de salud de la población recurriendo a métodos de "filtro" como listas de espera, discriminación en la atención, burocracia restrictiva, demoras, etc.

Capacidad diferenciada de cobertura

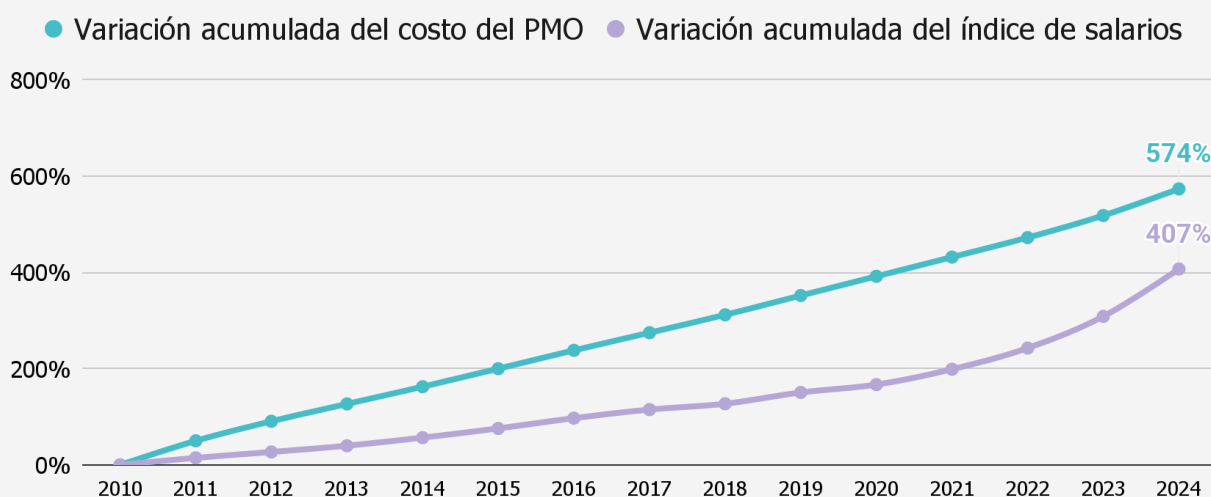
Debido a las diferencias en la capacidad financiera de las entidades obligada por el PMO, **el acceso efectivo a una prestación de salud (así como su calidad) varía según financiador**, observándose casos en los que los beneficiarios deben recurrir a la justicia para reclamar la provisión de prácticas o fármacos cubiertos explícitamente pero evitados o demorados por el financiador.



Dificultades en la sostenibilidad económica

En términos históricos, el PMO fue concebido como una obligación prestacional asociada a la recaudación compulsiva del trabajo formal (es decir, como una responsabilidad intrínseca del modelo Bismarckiano) (Busse et al., 2017; Tobar, 2012). La consecuencia natural de esta lógica es una **vinculación directa entre el trabajo y los ingresos de las obras sociales**. Las diferencias de remuneración promedio de los afiliados se traducen en asimetrías en el poder recaudatorio de las OOSS, la evolución del ingreso promedio en el país transforma la capacidad de financiamiento de las OOSS y el nivel de formalidad (así como la incorporación de obligaciones con respecto al monotributo social) afecta su cobertura y la dinámica de sus ingresos.

Evolución del costo del PMO y del Índice de Salarios (2010–2024)



Fuente: elaboración propia en base a Prosanity Consulting, IPEGSA y USAL (2010 – 2024) e INDEC (2010 – 2024).

La brecha entre el salario —que sostiene a la seguridad social y a la privada a través de aportes obligatorios y voluntarios, respectivamente— **y el costo de la cobertura de salud continúa ensanchándose**. Entre 2010 y 2024, el costo del PMO exhibió un aumento acumulado del 574% (Prosanity Consulting, IPEGSA y USAL, 2024), mientras que el índice de salarios presentó una variación del 407% (INDEC, 2024)¹² —una diferencia de 167 puntos. La combinación de costos crecientes y fuentes de financiamiento limitadas amenaza con comprometer la sustentabilidad de los agentes financiadores, el acceso equitativo a la salud y la capacidad de atención del subsistema público, responsable último de la salud de la población.

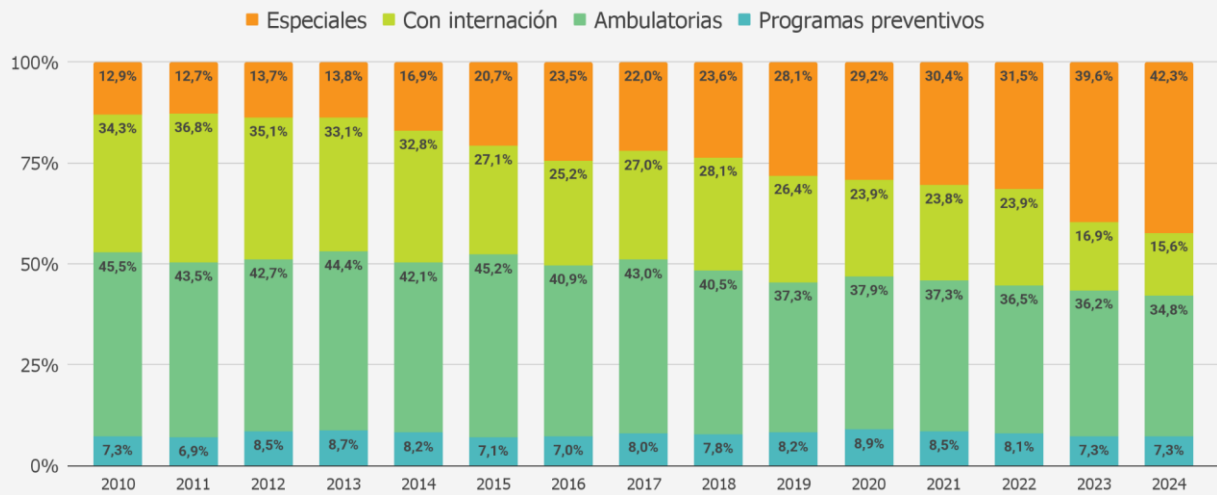
Al mismo tiempo, el despliegue cada vez mayor de coberturas a partir de la sanción de Leyes Especiales afecta la composición y el valor total del PMO. **La variación del peso económico de cada componente del PMO presenta un incremento constante de la participación de "Prestaciones Especiales"**. De acuerdo a Prosanity Consulting, IPEGSA y USAL (2024), los

¹² Cabe aclarar que, debido a que el cálculo del costo del PMO se realiza a julio de cada año, se tomó como referencia para el análisis el Índice de Salarios correspondiente a la variación porcentual acumulada en el mismo período, considerando el total del sector registrado (esto es, sector privado registrado y sector público).



motores principales de este aumento en el período 2021–2024 han sido los medicamentos especiales y las prestaciones de discapacidad. Esta situación da cuenta de la forma en la que muchos de los problemas enumerados más arriba se vinculan con los desafíos de sostenibilidad financiera de las OOSS.

Participación de cada componente del PMO, por año.



Fuente: Prosanity Consulting, IPEGSA y USAL (2024).



