

RESOLUCIÓN 939/2000 **Ministerio de Salud - Salud Pública**Apruébanse el Programa Médico Obligatorio para los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el Artículo 1º de la Ley N° 23.660, el Catálogo de Prestaciones de dicho programa y las Guías de Orientación para el Diagnóstico y Tratamiento de los Motivos de Consulta Prevalentes en la Atención Primaria de la Salud.*

Bs. As., 24/10/2000

VISTO el expediente N° 2002-13674/00-2 el registro de este Ministerio y la Resolución 247/96 del ex MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL y sus posteriores actualizaciones y CONSIDERANDO

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.

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 y 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 circunscripto a nuestro país, son un dilema mundial. Frente a esta crisis se han desarrollado modelos desintegrados de restricción a excesos presuntos y reales y se ha coartado la accesibilidad o dilatado la resolución de la enfermedad, a pesar de lo cual no se corrigió el desbalance económico, pero sí 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 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 al de 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 médica 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.

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 continúa siendo un elemento orientador en la administración del sistema y del agregado de aquellas prácticas que se han incorporado a la asistencial en los últimos años, siempre que las mismas cuenten con el suficiente aval científico por su probada eficacia, atravesando un análisis sistematizado de la evidencia.

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 desinstitutionalización de dichos pacientes o su atención en centros que privilegien el cuidado, el confort y la contención del paciente y su familia.

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

Por ello, EL MINISTRO DE SALUD RESUELVE:

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

Art. 2° — Las Agentes del Seguro disponen de un plazo de hasta 60 días para incorporar en sus contratos e implementar las modificaciones prestacionales dispuestas en la presente resolución.

Art. 3° — Se aprueba el Catálogo de Prestaciones del Programa Médico Obligatorio, que incluye taxativamente todas las prestaciones que los Agentes del Seguro deben brindar a sus beneficiarios y que como Anexo II integra la presente resolución.

Art. 4° — Apruébanse las Guías de Orientación para el Diagnóstico y Tratamiento de los Motivos de Consulta Prevalentes en la Atención Primaria de la Salud que como Anexo III forman parte de la presente resolución.

Art. 5° — Instrúyase a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD a crear, normatizar y coordinar el funcionamiento de la Comisión Asesora para la Evaluación y Actualización del Programa Médico Obligatorio, con representantes del MINISTERIO DE SALUD y de los Agentes del Seguro.

Art. 6° — LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD fiscalizará el cumplimiento del Programa Médico Obligatorio estableciendo los mecanismos de contralor y medición de resultados que permitan valorar el desempeño de los Agentes del Seguro y la satisfacción de los beneficiarios.

Art. 7° — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Héctor J. Lombardo.

* Consulte Anexos en: Programa Médico Obligatorio-Marzo 2001 (P.M.O.), www.sssalud.gov.ar, Boletín Oficial.