



El Programa Médico Obligatorio, aprobado por el decreto 247/96 del Ministerio de Salud y Acción Social y sujeto a recientes modificaciones, se define, ampliamente, como "el conjunto de prestaciones a que tiene derecho todo beneficiario de la Seguridad Social".

Este decreto, como también se establece en los considerandos, tuvo "el innegable valor de establecer un criterio uniforme para todos los Agentes del Seguro sobre sus obligaciones en materia prestacional".

Visto desde la perspectiva de los beneficiarios, representa un indiscutible avance en materia de derechos sobre servicios de salud. Avance que tuvo su máxima cristalización en los hechos con la extensión de la obligatoriedad de cobertura a las entidades de medicina prepaga.

Exclusiones de cobertura de servicios de salud mental, hemodiálisis crónica, HIV-SIDA, medicamentos de baja incidencia y alto costo, internación domiciliaria, carencias, preexistencias, y cobros de coseguros, entre otras cosas, plagaban de letra chica los contratos y en muchos casos sorprendían la buena fe de los beneficiarios a la hora de pagar las cuentas de los servicios médicos.

Todo sistema de servicios de salud, tiene dos principales objetivos. El primero es optimizar la salud de la población empleando el conocimiento más avanzado sobre las causas de la enfermedad, el manejo de la misma y la maximización de la salud. La reciente actualización del PMO, pone énfasis en la atención primaria, los exámenes periódicos de salud y las prácticas preventivas. En este aspecto, el programa constituye un gran avance.

El segundo objetivo, igualmente importante, es minimizar las disparidades entre los subgrupos poblacionales para lograr un acceso igualitario a los servicios y tener la posibilidad de lograr un estado óptimo de salud.

Al introducir las prácticas preventivas y todos los otros servicios antes enumerados como prestaciones obligatorias, el PMO también da un paso importante en derechos de cobertura de la población.

Podría decirse que los componentes centrales de la tan nombrada y tan poco lograda conferencia de Alma Ata en 1978 sobre provisión y promoción de salud, son en cierta forma considerados en este "mínimo paquete de beneficios" que constituye el PMO.

Los atributos básicos que caracterizan a los sistemas de salud organizados son: accesibilidad al médico de atención primaria como primer contacto, longitudinalidad y continuidad de la atención médica (la atención de los pacientes a lo largo de su vida), coordinación de los cuidados de salud y amplitud o abarcatividad de los mismos. En este aspecto, al poner al médico de atención primaria como figura central en los cuidados, el PMO también constituye un importante avance en materia de derechos y obligaciones en servicios de salud.

Sin embargo, existen ciertos aspectos que hacen aparecer al PMO más como un conjunto de buenas intenciones que como una medida efectiva. Por lo tanto, habrá que trabajar mucho y continuamente para lograr el cumplimiento de los objetivos planteados y poder brindar los atributos de un buen sistema de salud.

La Argentina es un país donde existen marcadas diferencias entre lo mejor, el promedio y lo más pobre en calidad y la atención médica no es ajena a esto.

La oferta y demanda de servicios, y la accesibilidad a los mismos tienen fuertes determinantes geográficos y económicos.

Cuesta lo mismo brindar el PMO a una población con pocos recursos y bajo perfil de demanda de servicios como lo son las poblaciones rurales, que a una población de grandes ciudades; que son, a su vez, centros universitarios con gran densidad de profesionales y prestadores en general? La respuesta es, obviamente, no.

Aquellas entidades con mayor oferta de servicios y profesionales más capacitados tendrán necesariamente costos mayores, simplemente por estar en escenarios dispares. Esto constituye un riesgo ya que puede tentar a los financiadores a poner trabas a la accesibilidad a aquellos individuos que realmente necesitan un estudio o procedimiento.

Para garantizar el cumplimiento de estos objetivos y atributos es necesaria una fuerte presencia del estado quien deberá verificar y garantizar continuamente que los mismos se cumplan y que todas las entidades financiadoras los cumplan por igual. Está el estado argentino en condiciones de cumplir esta función?

Para ejercer un control mínimamente eficaz, la presencia del estado es crucial. Hacen falta recursos económicos y humanos, infraestructura, información disponible, profesionales y técnicos altamente capacitados que revisen permanentemente y elaboren, entre otras cosas y en base a evidencias concretas, guías de práctica clínica y recomendaciones de procedimientos. Recomendaciones que a su vez deben ser difundidas a los efectores y su correcta aplicación fiscalizada y garantizada estrecha y continuamente, puesto que no es una actividad que se pueda hacer una vez y para siempre.

¿Es intención del estado cumplir esta función? ¿Está en condiciones de realizarla?

Creemos que los recursos y herramientas necesarias para cumplir con esta indelegable función de monitoreo no están claramente definidos ni planificados, y esto es preocupante.

Por otra parte, la presencia del Médico de Atención Primaria como figura central del sistema de salud exige que tanto la cantidad como la calidad de los profesionales que ocupen ese rol sea la adecuada. En la Argentina la proporción de médicos generalistas es significativamente inferior a la recomendada y su formación es muy dispar. Las escuelas de medicina continúan formando insuficientemente a sus alumnos y la formación de posgrado continúa polarizada a la formación de especialistas que después no son absorbidos por el sistema y terminan actuando como generalistas.

Como corolario, podemos decir que desde nuestro punto de vista celebramos que el Programa Médico Obligatorio introduzca aspectos necesarios y muy importantes en lo que a regulación de la salud en la Argentina se refiere, pero también entendemos que si no existe una más clara planificación de los recursos necesarios para permitir la evaluación continua y garantía de su cumplimiento adecuado no pasará de ser otra frustrada expresión de deseos.

Dr. Carlos García [Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Red de Atención Médica. Hospital Italiano de Buenos Aires]

Referencias

1. García C, Coordinador, Lantos J, Sylvestre Begnis JH, Castiglioni L. Programa Médico Obligatorio. XI Congreso AAMF. Buenos Aires, octubre de 2000.
2. Programa Médico Obligatorio. Superintendencia de Servicios de Salud, Ministerio de Salud. Octubre 2000.
3. Barbara Starfield Primary Care Concept, Evaluation, and Policy. Oxford University Press 1992.