

Manual de Implementación del Plan Argentino Integrado de Servicios de Salud - Plan de Beneficios (PAISS - PB)

Hoja de ruta para la creación de un plan de
beneficios en salud en Argentina



Ministerio de Salud
Argentina

Contenidos

Resumen ejecutivo.....	4
Bases para la construcción de un Plan de Beneficios en Salud en Argentina.....	7
Introducción.....	7
Hacia un Plan de Beneficios en Salud Argentino.....	13
Diseño del PAISS - PB.....	17
Componente 1.....	17
Etapa 1: diseño estratégico.....	17
Etapa 2: identificación del universo de condiciones de salud-enfermedad.....	23
Etapa 3: priorización no excluyente de condiciones de salud-enfermedad.....	25
Componente 2.....	31
Etapa 4: identificación no excluyente de líneas de cuidado por condición de salud-enfermedad.....	31
Etapa 5: identificación del universo de prestaciones por línea de cuidado.....	32
Etapa 6: priorización de prestaciones por línea de cuidado.....	35
Etapa 7: costeo.....	37
Referencias bibliográficas.....	41
Anexos.....	48

Autoridades

Dr. Alberto Ángel Fernández

Presidente de la Nación

Dra. Carla Vizzotti

Ministra de Salud

Mag. Sonia Tarragona

Titular de la Unidad de Gabinete de Asesores

Dr. Victor Alberto Urbani

Secretario de Equidad en Salud

Dra. Sandra Marcela Tirado

Secretaria de Acceso a la Salud

Dr. Alejandro Federico Collia

Secretario de Calidad de Salud

Lic. Mauricio Monsalvo

Secretario de Gestión Administrativa

Elaboraron este documento: Hilario Bielsa, Julieta Arilla, Martín Pont Verges, Santiago Torroba, Lionel Gaggino y Josefina Ordenavia.

En base a Propuesta metodológica para el diseño y la elaboración del Plan de Beneficios de Argentina (PAISS), desarrollado por: Úrsula Giedion, Natalia Jorgensen, Rodrigo Muñoz, Gastón Perman, Pamela Góngora Salazar, Manuel Espinoza y Lucia Bettati.

Equipo BID: Úrsula Giedion, Iñez Tristao, Marcella Distrutti y Mario Sanchez.

Equipo MSAL: Carlos Guevel, Hilario Bielsa, Julieta Arilla, Martín Pont Verges, Santiago Torroba, Lionel Gaggino, Josefina Ordenavia, Romina Pons, Luciano Pezzuchi, Natalia Vazquez, Carlos Vallejos, Carolina Casullo, Mónica Levcovich, Laura de los Reyes, Claudio Ortiz, Mariano Fernández Lerena, Martín Menafra, Mariela Álvarez Gelvez, Manuel Donato, Lucas Gonzalez, Carlos Malla, Eliel Reiss, Nasim Iusef, Lautaro Skubaletzky, María José Varco y Sonia Tarragona.

Equipo SSSalud: David Aruachan, Juan Pablo Denamiel, Sabrina Hnatiw y Sebastián Althabe.

Agradecimientos: al Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), Instituto Nacional del Cáncer (INC), Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles, Dirección de Salud Perinatal y Niñez, Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos.

Resumen ejecutivo

Diagnóstico

Presión creciente sobre la salud

En el ámbito de la salud, crecen a la vez la cantidad y complejidad de los servicios, el número de personas que requieren su acceso y el costo asociado a su cobertura. El aumento de la demanda y el estancamiento de los recursos disponibles deriva, necesariamente, en una afectación del acceso y la calidad de los servicios de salud y en un proceso de racionamiento que puede ser implícito o explícito (Bodenheimer, 2005; Giedion et al., 2014).

Factores

El incremento de la presión financiera sobre los sistemas de salud —es decir, aumento del gasto y estancamiento de los recursos— está guiado, a nivel global pero especialmente en nuestro país, por 5 factores: 1) La transición demográfica; 2) La transición epidemiológica; 3) El cambio tecnológico; 4) La transformación del mercado laboral; y 5) El compromiso con el derecho a la salud.

Conclusiones

La incorporación de un Plan de Beneficios en Salud, mediante un proceso transparente, protocolizado y basado en criterios explícitos asentados en costo-efectividad y valoración social, representará un gran paso en el camino hacia la construcción de un sistema de salud más eficiente, accesible y equitativo.

Un paquete explícito de prestaciones de salud, estructurado en líneas de cuidado y disponible para autoridades sanitarias, referentes sectoriales y la población toda, contribuirá a:

- Mitigar los efectos inequitativos del racionamiento implícito;
 - Mejorar la eficiencia general del sistema de salud;
 - Movilizar más recursos para la salud; y
 - Fortalecer la planificación estratégica y el gobierno del sistema de salud.
-

Elementos fundamentales del PAISS-PB

Motivación

Avanzar hacia un sistema de salud que tenga mayor integración entre subsectores; en el que se brinde una atención integral, basada en la persona y en el cual las diferencias en la atención esencial brindada por los distintos subsistemas no sean sustanciales y que las personas reciban los mismos beneficios sanitarios, sin que éstos dependan de sus ingresos o situación laboral.

Objetivo general

Explicitar un conjunto de beneficios esenciales en salud, para toda la población, alineado con las prioridades sanitarias de nuestro país y de referencia para la organización estratégica de los servicios asistenciales.

Alcance

Poblacional: se aspira a que sea exigible por toda la población independientemente de su tipo de cobertura de salud, su jurisdicción de residencia o su situación socio-económica. // Prestacional: Incorporará prestaciones en salud de alcance individual, en ámbito domiciliario, ambulatorio y hospitalario, basado en un enfoque mixto de cobertura explícita-implícita. // Financiero: tomará como referencia la cobertura definida en el PMO (ej. APS 100%, medicamentos 40%, crónicas 70%).

Estructura

Tres elementos, contenidos uno dentro del otro. En primer lugar, se encuentran las condiciones de salud-enfermedad priorizadas. El segundo elemento son las líneas de cuidado identificadas para cada una de las condiciones de salud-enfermedad priorizadas. Una condición de salud-enfermedad puede tener más de una línea de cuidado. Las prestaciones médicas que conforman cada una de las líneas de atención son el tercer elemento de la estructura. Cada prestación incluye servicios de salud y bienes en salud.

Universo y priorización de condiciones de salud - enfermedad

Universo El universo de condiciones de salud-enfermedad se construyó a partir del conjunto de problemas de salud de tercer nivel y de factores de riesgo de segundo nivel, tal como se presentan en el GBD 2019. Tras un primer proceso de filtrado, el universo quedó definido como 124 problemas de salud (GBD de tercer nivel) y 15 factores de riesgo (GBD de segundo nivel).

Priorización El método elegido fue el de análisis de decisiones multicriterio (MCDA por sus siglas en inglés, Multi-Criteria Decision Analysis). 124 problemas de salud fueron ordenados en base a un marco de valor que involucra cuatro criterios:

- Carga de enfermedad;
- Severidad de la condición de salud;
- Inequidad en el acceso y
- Magnitud del beneficio clínico.

El ranking resultante se presenta en el Anexo I.

Identificación de líneas de cuidado

Método Una vez identificadas y priorizadas las condiciones de salud-enfermedad, se definen las líneas de cuidado vinculadas a cada condición. Fue necesario desagregar los procesos de atención que pudiesen requerir cada una de ellas, teniendo en cuenta que una condición de salud-enfermedad puede contener más de un proceso asociado. Como referencia, se utilizaron guías de práctica clínica (GPC) de alta calidad, nacionales e internacionales; protocolos, algoritmos, vías clínicas o procedimientos y consenso de expertos.

Resultados La primera fase ya fue completada y se abocó a identificar líneas de cuidado para 58 problemas de salud y 15 factores de riesgo. Se identificaron un total de 86 líneas de cuidado correspondientes con problemas de salud priorizados (GBD de tercer nivel). A su vez, a este conjunto se le agregaron 8 líneas de prevención, diseñadas en base a los 15 factores de riesgo priorizados (GBD de segundo nivel). Por último, se adicionaron tres líneas transversales no asociadas directamente a condiciones de salud-enfermedad. En total, se contabilizó un total de 98 líneas de cuidado. En una segunda fase, serán abordados los problemas de salud y factores de riesgo restantes.

Universo y priorización de prestaciones

Universo Utilizando los mismos tipos de fuente de información que en el proceso anterior, se identifica al conjunto de prestaciones asociadas a cada línea de cuidado. Cada prestación incluida en el universo se condensa en un listado que debe incluir los siguientes campos: línea de cuidado; descripción de LdC; población base de LdC; etapa; prestación; descripción; población objetivo; indicaciones de uso; cantidad; frecuencia / periodicidad; priorización; fuente; observaciones. A través de una guía de validación, las áreas sustantivas del MSAL evalúan la pertinencia de cada prestación.

Priorización El abordaje propuesto se divide en tres etapas:

- Triage: se identifica las prestaciones con una interpretación unívoca sobre su inclusión o exclusión;
- Evaluación Abreviada: se efectúa una evaluación de costo-efectividad para prestaciones con algún grado de incertidumbre en la recomendación sobre su inclusión o exclusión;
- Evaluación Completa: requiere coordinación operativa con la Comisión Nacional de

Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Excelencia Clínica (CONETEC) para realizar evaluaciones adicionales de prestaciones, por LdC.

Costeo

Microcosteo

La metodología para el cálculo de los costos del PAISS - PB consiste en un método de microcosteo, en el que a partir de las condiciones de salud-enfermedad, las líneas de cuidado identificadas y las prestaciones priorizadas, se diseña una serie de canastas que contienen recursos con sus indicaciones de uso, cantidad o frecuencia y periodicidad. Se desarrolla una herramienta de microcosteo, capaz de realizar proyecciones de población, por subsector, edad y sexo, datos de incidencia y prevalencia para poder determinar las tasas de necesidad y cobertura, y valores de referencia para cada uno de los recursos.
