

Modelo Prestacional IOSFA

**Gerencia de Prestaciones
Septiembre 2017**

Autores:

Dr. Javier VILOSIO

Dr. Esteban LIFSCHITZ

Dr. Carlos MARTÍNEZ SAGASTA

Dr. Claudio STIVELMAN

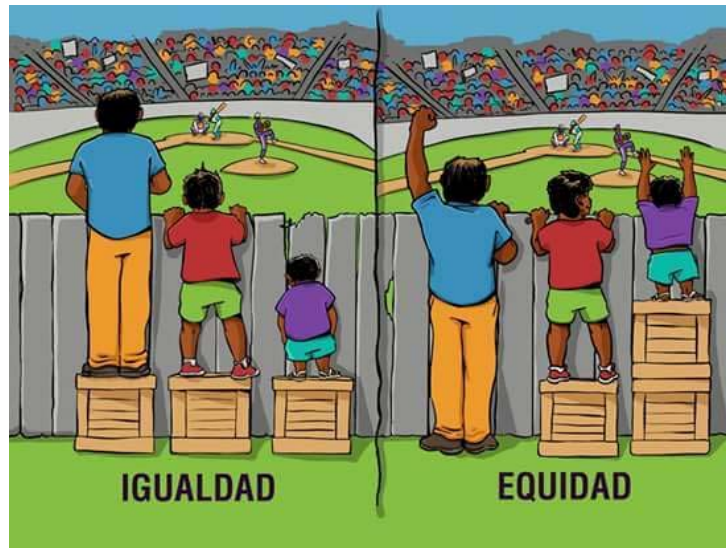
1. Marco conceptual

Principios rectores

La gestión se sustenta en los siguientes principios rectores, todos ellos de cara a mejorar el acceso de sus afiliados a las prestaciones médico-asistenciales y sociales:

- **Transparencia:** Este principio se ejecutará a través del denominado Gobierno Abierto, en el que los afiliados podrán acceder a la información relacionada con la gestión y toma de decisiones.
- **Equidad:** Concepto que implica que el acceso a determinada prestación está relacionado con la verdadera necesidad de esa persona y no a su capacidad de pago ni al lugar físico donde vive.
- **Solidaridad:** Principio básico de la Seguridad Social en el que cada afiliado aporta en función de sus posibilidades, pero utiliza los servicios de la obra social en función de sus necesidades (no de su rango ni capacidad de pago).

La imagen a continuación presenta las diferencias entre igualdad y equidad, concepto central en la accesibilidad de los pacientes a las prestaciones que necesita.



Con estos principios como objetivo se propone **Modelo Prestacional** para el IOSFA.

Su definición implica responder a las siguientes preguntas:

- ¿Qué prestaciones se deben cubrir desde el Instituto?
- ¿Cómo daremos las respuestas más adecuadas a las demandas de los beneficiarios?
- ¿Dónde y cómo brindaremos esos servicios?

El modelo definido debe ser congruente con el contexto económico del Instituto, y el marco impuesto por la legislación vigente, expresa una definición política de la organización y requiere del alineamiento de diversas instancias técnicas. De tal manera, desarrolla los procedimientos básicos relacionados con: la necesidad de los afiliados, la oferta de servicios, la auditoria y el control, la gestión de contratos, los sistemas de información, para poner toda la estructura institucional en sincronía con los objetivos de la atención.

El Modelo Prestacional escogido es uno que resulte en mejor acceso a las Prestaciones por parte de los beneficiarios, disminuya las trabas burocráticas y económicas, haga hincapié en la Atención Primaria de la Salud y controle los resultados a través de las variables para las buenas prácticas.

Esta propuesta la define como: **Accesibilidad amplia regulada.**

La Gerencia de Prestaciones reúne las estructuras dedicadas a la generación y el control de las actividades prestacionales del Instituto en su conjunto, lo cual incluye:

- La elaboración y actualización del programa prestacional.
- Los requisitos que deben cumplir los prestadores, y el mantenimiento de un registro actualizado de los mismos.
- La gestión de los contratos prestacionales.
- La administración de reclamos prestacionales originados por beneficiarios y prestadores.
- La comunicación con los prestadores.
- La gestión de procesos de elegibilidad, autorización y registro de prestaciones.
- El control y evaluación de la gestión asistencial.
- El desarrollo de programas prestacionales dirigidos a grupos específicos de los beneficiarios y acciones de promoción y prevención de la salud.

Desde este punto de vista, y mucho más desde la perspectiva de la integración de organizaciones que si bien comparten su Misión lo hacen utilizando estructuras y modalidades operativas al menos parcialmente distintas, resulta imprescindible contar con:

- Un Programa Médico Asistencial o menú de prestaciones bajo cobertura.
- Un sistema de información prestacional, a partir del cual se deriven los datos económicos y de gestión financiera, y los indicadores de utilización y epidemiológicos necesarios.
- Un padrón de beneficiarios único, actualizado, que preserve la integralidad de la información, y accesible.
- Un registro de prestadores unificado, que permita definir y categorizar prestaciones.

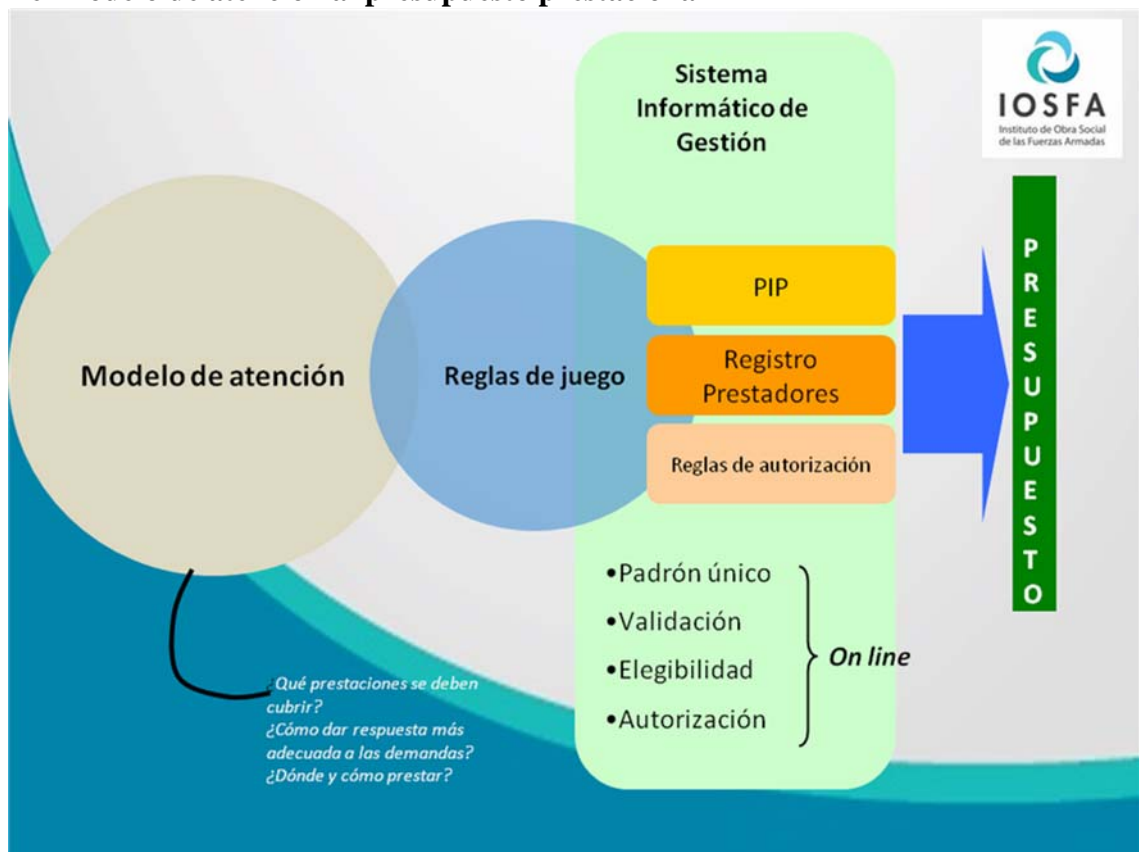
- La definición de las Reglas de Negocio (o Reglas de Autorización), entendiéndose por tales las condiciones requeridas para el reconocimiento de prestaciones en términos de niveles de autorización (con o sin autorización previa, coberturas especiales, etc.), accesibilidad (condiciones que permiten al beneficiario acceder a la prestación en cuestión) y condiciones para que el prestador pueda brindar el servicio (calidad).

Del modelo prestacional se desprenderán características de los contratos prestacionales a establecer, las modalidades de vinculación con efectores propios, convenidos y de la Sanidad Militar y de las Fuerzas de Seguridad (FFSS).

Asimismo las políticas de auditoría, en el marco de las normativas legales vigentes, pero operando en línea con los objetivos y prioridades definidos por el Modelo.

La definición del modelo implica la obtención de información prestacional relevante, independientemente de la modalidad de pago acordada, y esa información, convertida en indicadores de uso y proyecciones sobre la población conocida, debe ser la base para la presupuestación de las actividades prestacionales.

Del modelo de atención al presupuesto prestacional



Marco legal

Decreto 637/2013:

- Considerandos, particularmente en los objetivos específicos de lo allí establecido.
- Art. 3° De los Objetivos y Acciones Instrumentales. Fines del IOSFA.
- Título IV art. 11°) Programa Medico Asistencial

2. La situación inicial desde el punto de vista prestacional

El Instituto (sus entidades integrantes) contaba con múltiples y diversas formas de contratación de servicios asistenciales. Además de estructuras propias.

Predominan los convenios de pago por prestación libre, no modulados, y algunos por cápita. Como otros financiadores de la Seguridad Social, el Instituto negociaba local y regionalmente con las limitaciones que impone la situación del mercado de la salud en el país: fragmentación, marcadas desigualdades en calidad y acceso a los servicios privados y públicos, concentración de la oferta, cuestiones político-institucionales que caracterizan las diferentes realidades locales, etc.

Sin duda el incremento en la masa de beneficiarios del Instituto, respecto de las entidades de origen (DIBA, DIBPFA, IOSE) mejora sustancialmente, al menos en muchos lugares, esas condiciones. Sin embargo debe recordarse que esta es una dificultad que caracteriza estructuralmente al sector de la salud.

En ese contexto, en las jurisdicciones son las Obras Sociales Provinciales y el PAMI los principales financiadores, que, de hecho se constituyen en referentes en materia de precios y, por esa vía, en modeladores de la oferta prestacional disponible.

3. El Modelo propuesto

En el marco descripto el modelo prestacional propuesto puede definirse como de *Accesibilidad Amplia Regulada*.

Ello significa, básicamente, reducir trabas al acceso de los beneficiarios a las prestaciones, y concentrar esfuerzos en el control de los costos de la gestión subóptima de los contratos, así como en prestaciones de alto costo -a través de herramientas propias del análisis de costo efectividad y oportunidad, impacto presupuestario, medicina basada en datos, etc.-, reducir la conflictividad con los prestadores, y mejorar la satisfacción de los beneficiarios.

El desarrollo de una Red de Atención Primaria concurrirá al cumplimiento de estos objetivos.

Respecto del modelo actual se debe partir de un reenfoque de la auditoría en términos de disminuir las trabas al acceso de servicios requeridos, evitando en la mayor medida posible las restricciones propias de la auditoría previa y automatizando los procesos de validación y autorización.

Con este último objetivo el Programa Médico Asistencial, las Reglas de Negocio (o Reglas de Autorización) y los Padrones de Beneficiarios y de Prestadores se articulan a través de los procedimientos de validación y autorización en línea.

Ello permitirá destinar recursos de auditoría y control a los aspectos de calidad prestacional, aumentar sustancialmente la presencia en los prestadores -particularmente en áreas de internación-, concentrar recursos en los procesos de auditoría posterior que impliquen costos relevantes para el Instituto permitiendo resoluciones más rápidas que disminuyan el riesgo de cortes y otros conflictos.

Un componente sustancial del Modelo, en la misma línea de mejorar la calidad de los servicios, y mejorar la costo efectividad de las intervenciones los constituye el desarrollo de una estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), basada en la figura del médico de cabecera, tanto a través de la Red de Centros de Atención Ambulatoria como en los consultorios de los propios profesionales.

Atención Primaria de la Salud

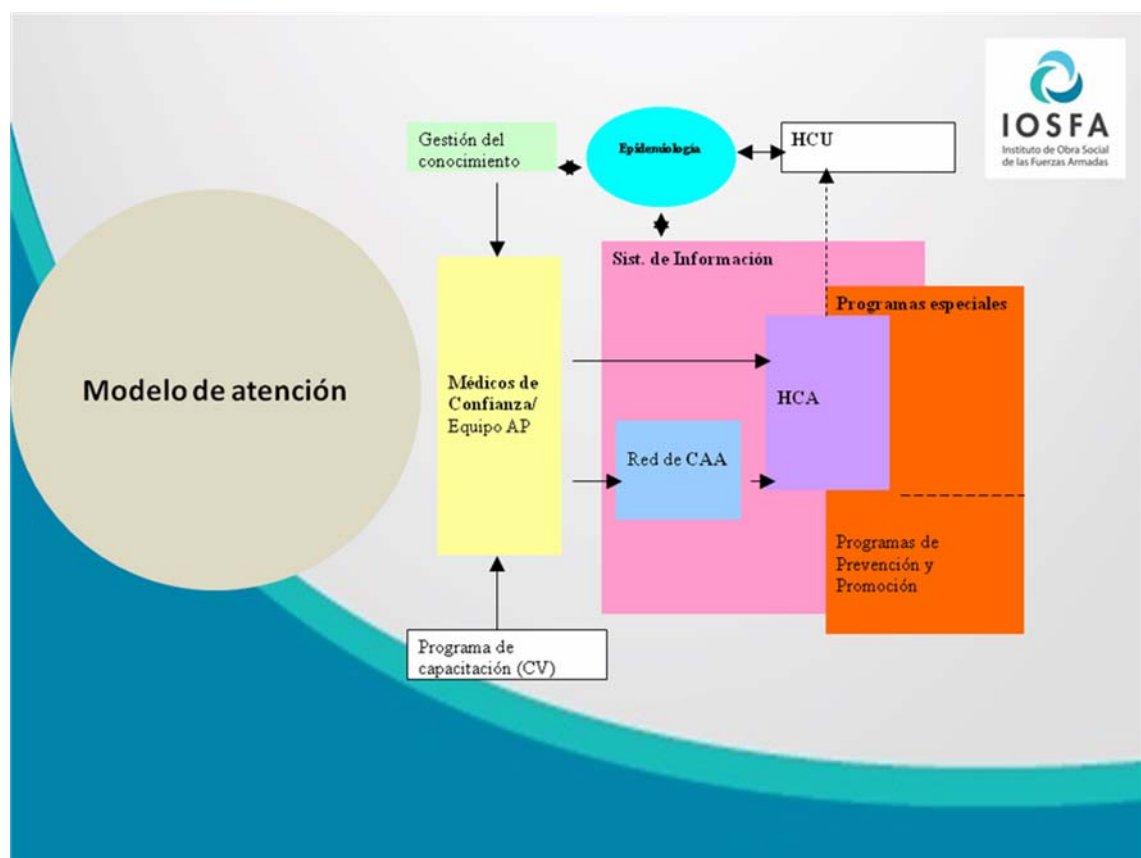
La estrategia de APS ha sido definida en base a algunas características fundamentales:

- Su condición de *primer contacto* de los usuarios con el sistema.
- El *seguimiento longitudinal* de los pacientes (a través del ciclo vital, independientemente de la existencia de patología activa).
- La *integralidad* del enfoque asistencial y preventivo: aspectos físicos, psicológicos, sociales.
- La *coordinación* con otras estructuras y recursos dentro y fuera del sistema de salud.

Típicamente una estrategia de APS implica amplia accesibilidad, proactividad, trabajo en equipo, involucrando acciones de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, promoción y prevención, en forma programada y evaluable.

La presente propuesta contempla varios componentes, de orden organizacional y normativo, de capacitación, y de personal, que comprenden las funciones de la Subgerencia de Programas Médicos y Gestión Clínica dependiente de la Gerencia de Prestaciones:

- Médicos de cabecera
- Red de Centros de Atención Ambulatoria
- Historia Clínica Ambulatoria
- Programas Especiales
- Programas de Promoción y Prevención
- Programa de gestión del conocimiento
- Unidad de Epidemiología



Los componentes del Programa de APS

Estos componentes se relacionan primariamente con otros programas/actividades del IOSFA: el **sistema de información**, en sus aspectos prestacionales y de gestión, la **historia clínica única** y el **programa de capacitación** (Campus Virtual - CV).

a. Médicos de cabecera

El médico de atención primaria o médico de cabecera es el principal proveedor de atención de la salud en situaciones que no revisten urgencia.

- Su actividad se orienta fundamentalmente a la detección y el tratamiento de las afecciones médicas más comunes (habituales)
- Prestar atención preventiva y enseñar opciones de estilo de vida saludables.
- Identificar y tratar afecciones comunes.
- Evaluar la urgencia de problemas de salud y guiarlo a usted hacia el mejor lugar para esa atención.
- Hacer remisiones a especialistas cuando sea necesario.

Los objetivos son:

- Mejorar la eficiencia y la efectividad en la asignación de los recursos asistenciales, privilegiando la relación entre el equipo de salud y los beneficiarios, mejorando la accesibilidad y la calidad en la atención ambulatoria de nuestros beneficiarios.
- Descentralizar la consulta ambulatoria por causas prevalentes con el fin de mejorar la satisfacción de los beneficiarios en términos de accesibilidad, y orientar la consulta a centros o prestaciones de mayor complejidad en condiciones de mayor eficiencia y efectividad.
- Fortalecer las capacidades para el más adecuado manejo de los procesos de referencia y contrarreferencia de pacientes dentro del sistema.
- Fortalecer la capacidad del IOSFA para desarrollar programas preventivos y de atención focalizados en grupos de riesgo identificados.

Para mejorar el proceso de derivación a los especialistas manteniendo la coordinación efectiva por parte de los médicos de referencia es necesario diseñar la evaluación de su desempeño y como resultado: los incentivos adecuados.

b. Centros de Atención Ambulatoria (CAA)

El modelo propuesto se basa en infraestructura ya existente, y a desarrollar.

La primera la integran actualmente un conjunto de consultorios, policlínicos y centros de atención, cuya expansión se propone, en función de las características de la demanda y hábitos de consulta de cada región del país.

Preferentemente se desplegarán en los mismos médicos de cabecera, en forma exclusiva o junto con otros recursos profesionales.

Se requerirá aplicar criterios uniformes para evaluar las características de la oferta a desarrollar, en atención a las peculiaridades locales en cuanto a oferta disponible, demanda y necesidades, con un criterio de integración en Red.

c. Historia Clínica Ambulatoria (HCA)

Se trata del registro clínico con base informática, accesible desde cualquier consultorio de médico de cabecera o CAA. E idealmente también para prestadores bajo convenios institucionales.

Será una HC orientada a problemas, e incluirá un conjunto mínimo de datos (de acuerdo a edad y sexo, factores de riesgo y recursos), familigrama y fichas para la gestión de programas especiales en los cuales pueda estar incluido el paciente. Estas fichas generaran información epidemiológica para la gestión de los programas en cuestión, tanto para el propio equipo de salud como para la IOSFA a nivel regional y central, y un sistema de alertas para la mejor gestión clínica de los casos.

Esta HCA deberá poder integrarse en el futuro a la atención en prestadores de 2° y 3° nivel.

d. Programa Especiales

Se entienden por tales aquellos que implican el desarrollo de coberturas especiales, prevalencia alta y evidencia de mejores resultados con estrategias de gestión clínica.

Como se consignó en lo referido a la HCA, la información oportuna y relevante respecto del seguimiento de los pacientes incluidos permitirá mejorar la costo efectividad de los programas.

En varios casos existen normativas legales que obligan al conjunto de los financiadores a sostener estos programas.

Típicamente:

- Enfermedad de Parkinson.
- Epilepsia.
- Diabetes Tipo 2 (No insulino dependiente)
- Colitis Ulcerosa - Enfermedad de Crohn.
- Enf. Celiaca
- Beneficiarias del Programa Nacional de Procreación Responsable.

- Obesidad
- Alcoholismo
- Otros.

e. Programas de Prevención y Promoción

Existe evidencia de la costo efectividad de las intervenciones preventivas en relación con algunos riesgos o patologías seleccionadas.

Estas actividades preventivas y promocionales estarán en sintonía con las desarrolladas por la autoridad sanitaria nacional, necesidades especiales detectadas en el universo de nuestros beneficiarios, y las recomendaciones basadas en datos originadas en instituciones nacionales e internacionales.

Típicamente:

- Inmunizaciones.
- Seguridad vial.
- Cáncer de mama/útero/colon.
- Actividad física/ dieta saludable.
- Adicciones y violencia (en estrecha articulación con la SG de Asistencia Social)

f. Programa de gestión del conocimiento

El objetivo del programa es generar y/o difundir Guías de práctica y recomendaciones clínicas, primariamente entre el equipo de salud IOSFA y de los hospitales/prestadores de las Fuerzas. Disponibles también para prestadores convenidos.

El Campus Virtual será una herramienta principal para tal propósito, dada la necesidad de llegar a equipos de salud dispersos en el territorio nacional, y la posibilidad de ofrecer capacitación en forma asincrónica. Este CV permitiría además brindar capacitación en otras áreas del quehacer del Instituto.

g. Unidad de Epidemiología

La Unidad será responsable del mantenimiento de una base de información demográfica y epidemiológica relevante para el diseño de los programas especiales, la definición de la red prestacional, la actualización del programa de prestaciones y la presupuestación de la gestión prestacional del Instituto.

4. Los programas de Asistencia Social

Los programas de asistencia social se entienden como prestaciones asistenciales, en el marco de la legislación nacional vigente, y las características de los prestadores de servicios vinculados a rehabilitación, salud mental, hogares e internación de tercer nivel.

5. Medicamentos

El modelo prestacional incluye la gestión de medicamentos, bajo las premisas ya explicitadas. Tanto desde el ámbito de farmacias propias como aquellas convenidas, priorizando la accesibilidad de los beneficiarios al bien medicamento, y enfatizando el control y la auditoría sobre los procesos de adquisición, dispensa y calidad (buenas prácticas). Particularmente en renglones de alto costo, y en articulación directa con los programas especiales.

El vademecum integra el programa prestacional del Instituto.

6. Conformación de la Red Prestacional

La atención primaria debe contar además con un soporte de cuidados que escalen en complejidad para poder manejar adecuadamente los diferentes niveles de riesgo y capacidad de resolución.

Es deseable que la atención primaria se brinde en forma descentralizada, descongestionando la atención de los hospitales y acercando sus profesionales al domicilio del paciente, es complementario de este modelo el establecer los mecanismos adecuados de referencia y contra-referencia que lo consoliden.

Esto implica tanto la atención ambulatoria especializada como la internación en el establecimiento que reúna las condiciones necesarias para la resolución del problema de cada paciente.

El primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población, está inserto en una población y territorio a cargo definidos, con amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud que, en definitiva, son las que determinan la oferta de servicios de salud.

Esta oferta debe contemplar una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades,

rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas.

También la prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios y la existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud

Este modelo integrado implica la coordinación de las funciones, actividades o unidades operativas que están en la misma fase del proceso de producción de servicios (integración horizontal). La coordinación de las funciones, actividades o unidades operativas que están en distintas fases del proceso de producción de servicios (Integración vertical)

Debido al alcance nacional del IOSFA, es necesario además estructurar estas redes a niveles locales, regionales y nacionales, teniendo en cuenta la complejidad de los establecimientos que las conforman.

7. Sistema de Gestión de Prestaciones de Salud:

Como parte de este modelo es necesario la implementación de un **sistema gestión de prestaciones de salud (SPGS) en línea**.

El **SGPS** debe permitir registrar las prestaciones que se le brindan a los afiliados, validando según criterios convenidos con las instituciones médicas, auditar dichas prestaciones, permitirle al prestador realizar informes y proforma de facturación de las prestaciones dadas al IOSFA, registrando todos los eventos en la historia clínica del paciente. Esta historia clínica debería ser única (ambulatoria, hospitalaria y de prestaciones de cada afiliado).

El Sistema debe operar ineludiblemente por distintos medios de conexión *online* (Web, IVR, Telefonía, Posnet, Móvil, etc.) en el ámbito del territorio nacional, con los dispositivos electrónico de uso corriente, además debe brindarle, tanto al IOSFA como al prestador, capacitación, mantenimiento, actualización e implementación, con un soporte de mesa de ayuda 7x24 operativo y técnico.

Finalmente, el **SGPS** debe generar la información operativa y de gestión para cada área de la institución, que le permita tomar decisiones eficientes y basadas en la integralidad e integridad de los datos.

Metas inmediatas

Las Metas inmediatas para esta propuesta están planteadas en base a la evolución e implementación de las políticas del IOSFA y su estado de avance. Se contemplan 3 capas en la complejidad de la gestión:

- Contratos y administración de la relación con los prestadores
- Gestión de pacientes
- Gestión Clínica

Un objetivo impostergable es la consolidación de la relación contractual con los prestadores, tanto en los que respecta a las obligaciones adquiridas en la constitución del RUP como en una más clara definición de roles en la relación financiador-prestador con los hospitales de las tres Fuerzas Armadas. Estas metas tienden a ordenar tanto los registros como la documentación que debe utilizarse y a establecer con mayor granularidad las obligaciones de las partes.

El simple hecho de contar con profesionales e instituciones que puedan cubrir todo el espectro de prestaciones no garantiza el buen funcionamiento. Es necesario definir tanto estructuralmente como desde el punto de vista funcional la constitución y el funcionamiento de las redes de atención. Eso implica el logro de una mejor accesibilidad para los beneficiarios y una mayor eficiencia del sistema en general. Son precisamente los procedimientos adecuados los que agregan valor a la estructura para obtener los mejores resultados posibles.

La estandarización de los procesos asistenciales que implica la gestión clínica en los micro y meso sistemas requiere una sólida base estructural, funcional y de información (**SPGS**). Es recién en estas condiciones en las que, más allá de definir estándares de atención, es posible medir el desempeño clínico así como establecer abordajes de mejora continua. Si bien para definir estándares de guías clínicas no es imprescindible contar con la participación activa de todos los actores, a la hora de implementarlas en el terreno asistencial es necesario contar con trabajo en equipo, liderazgo asistencial y recursos informáticos (**SPGS**).

En base a lo expuesto las metas propuestas para obtener los objetivos esperables en ese período se han agrupado en tres ejes:

- I.** Consolidación de la relación contractual con prestadores
- II.** Mejoras en la Gestión de Pacientes
- III.** Gestión de información

I. Consolidación de la relación contractual con prestadores

- 1) Inclusión del 100 % de los prestadores en el RUP, con sus respectivos acuerdos precios y pautas de aumentos según políticas del Instituto
- 2) Funcionamiento a pleno de los nuevos convenios por prestación modulada en internación y en el ámbito ambulatorio con los Hospitales de las FFAA.
- 3) Auditoría Médica
 - a. Validación electrónica de la elegibilidad del beneficiario a través de los padrones del Instituto
 - b. Autorización electrónica de prácticas, internaciones y procedimientos programados.
 - c. Validación del uso de insumos, procedimientos e indicaciones a través de la Auditoría Médica en Terreno conforme los nuevos acuerdos vigentes.
 - d. Procedimientos de Control de Facturación revisados y actualizados en relación a la presentación de las facturas, autorizaciones, documentación respaldatoria y plazos para su liquidación y pago.
- 4) Provisión en tiempo y forma por parte del IOSFA de bioinsumos (prótesis, materiales y descartables) y medicamentos de alto costo conforme a acuerdos y licitaciones en vigencia.
- 5) Adecuación de los beneficios de farmacia, según licitaciones de medicamentos, insumos y nuevos acuerdos con redes y mandatarias.
- 6) Fortalecer la integración de los tres subsistemas de las FFAA en una sola institución que ofrezca las mejores soluciones existentes en cada uno de ellos para todos los beneficiarios.
- 7) Implementación de la estandarización de los requerimientos de información a suministrar por los prestadores para el análisis estadístico y toma de decisiones

II. Mejoras en la Gestión de Pacientes

- 1) Consolidación del modelo de Atención Médica Primaria, contemplando las diferencias contractuales y las preferencias culturales de cada región del País. Implementación de un programa de capacitación presencial y a distancia. Requerimientos mínimos de información a los prestadores.
- 2) Establecer las redes locales, regionales y nacional en base al nivel de riesgo, complejidad y resolución que manejen los prestadores. Criterios y procedimientos de referencia, contra-referencia y derivación a nivel nacional.
- 3) Adecuar los mecanismos de autorización, y derivación en las delegaciones y call-centers, de forma tal que existan garantías de efectividad y se reduzcan las barreras burocráticas y mejoren la accesibilidad a las necesidades asistenciales de los beneficiarios.
- 4) En relación a la derivación de pacientes a geriátricos, rehabilitación, internación psiquiátrica e internación domiciliaria reducir en un 50% los tiempos de espera, tomando como base el promedio de los años 2016-2017. Habría que considerar la

reformulación de la oferta y demanda de este tipo de servicios, así como los procesos que éstos involucran.

III. Gestión de información

Para esta etapa inicial se requiere del comienzo de la implementación del **SGPS**, de esta manera se podrá obtener:

- 1) Validación electrónica universal de elegibilidad de beneficiarios a través del padrón IOSFA
- 2) Validación y autorización electrónica en el 90 % de los prestadores de las 5 principales ciudades o conglomerados urbanos.
- 3) Estandarización de los diferentes catálogos de prestaciones del RUP a través de una tabla única que contemple una codificación unívoca, por ejemplo LOINC (Logical Observation Identifiers Names and Codes) que es de uso libre, disponible en varios idiomas y de actualización permanente.
- 4) Capacidad de vincular la utilización con el gasto y variables demográficas en los cinco principales conglomerados urbanos
- 5) Puesta en marcha de, al menos, una experiencia piloto de Historia Clínica Electrónica en Atención Médica Primaria. Con registro de listado de problemas/diagnóstico (100%), y con posibilidades de prescripción electrónica (o impresión de recetas).
- 6) Establecer mecanismos de interfaces e interoperatividad con aquellos prestadores dispuestos a compartir información clínica y administrativa con el IOSFA
- 7) Identificación de cinco problemas/diagnósticos para su estandarización a través de Guías de Práctica Clínica.