



Red Integrada de
Efectores Públicos de Salud



Dirección Nacional Sanidad
de las Fuerzas Armadas



**Apuntes para el Plan Estratégico
2013-2020**

MARCO CONCEPTUAL Y POLÍTICO

RED PÚBLICA: DERECHOS Y CALIDAD EN EL SNIS

Dra. Susana Muñiz

Ministra de Salud Pública.

No hay un Sistema Nacional Integrado de Salud si no hay una Red Pública fuerte, y que se siga fortaleciendo. Los intereses que se cruzan en el Sistema Nacional Integrado de Salud, son los de quienes creemos que la salud debe ser consagrada como un derecho y quienes conciben la salud como una mercancía. Si no tenemos una Red Pública fuerte que asegure el derecho a la salud y solamente quien tiene la fuerza de detentar la prestación de servicios es el sector privado, esto determina que la rectoría no sea posible; los prestadores que tienen la fuerza son quienes tienen el poder.

El sector público además tiene la mitad de la población; la mayoría de los usuarios son de ASSE, y si le sumamos los usuarios de los otros efectores públicos es mucha la población a quienes tenemos que cuidar. La obligación es brindar servicios de mayor calidad y esto se puede lograr articulando los distintos efectores que tiene la Red Pública, que han avanzado en el cambio en el modelo de atención. A los conductores y decisores de los prestadores estatales les compete una responsabilidad muy grande. (Extracto)

AVANZAR EN LA EXTENSIÓN Y PROFUNDIDAD DE LA RED PÚBLICA

Dr. Wilson Benia

Coordinador de la RIEPS

Son necesarias definiciones del más alto nivel jerárquico de las instituciones para analizar los alcances y profundidad de la RIEPS y las grandes orientaciones estratégicas: **¿que RIEPS queremos?, ¿con que profundidad y extensión?**

Los objetivos se pueden orientar hacia un acuerdo que posicione a la Red Pública en el Sistema Nacional Integrado de Salud con una articulación profunda para contribuir a impulsar un modelo de atención innovador y mejorar la eficiencia de los prestadores estatales.

La extensión de la red. La interrogante es como caminamos para extender la Red Pública integrando a otras instituciones que brindan también servicios públicos de salud y que están en todo el país, como las Intendencias, en articulación con el Congreso de Intendentes; la Facultad de Odontología, Psicología, Programa APEX, etc. de la UDELAR; el CUDIM y el CENAQUE, entre otros. Hay que plantearse la pertinencia de instancias anuales donde circule la información, se prioricen problemas y pasando luego a los ámbitos habituales de gestión de la RIEPS.

Cuando hablamos de integración y extensión la modalidad de articulación más ensayada son los convenios bi o trilaterales. Pero la articulación sucede en ámbitos variados; los formales previstos y previsibles como el Consejo Directivo Honorario, otros ámbitos donde se produce la articulación de los actores que se mueven en el territorio, los mandos medios de nuestras instituciones generan acuerdos entre sí, tratan de resolver los problemas.

La profundidad del funcionamiento en red. ¿Podremos superar juntos la histórica yuxtaposición de los organismos del Estado?, ¿es posible que articulemos la agenda de nuestras

instituciones y tengamos una agenda colectiva? ¿podremos definir prioridades y construir juntos? Podemos centrarnos en evitarle problemas a los usuarios ante la fragmentación del sistema de salud, posicionando al usuario como el eje de discernimiento. Asimismo la toma de decisiones puede estar centrada en una cuestión de eficiencia y buen uso de los recursos financieros. La centralidad del usuario y la eficiencia técnicamente pura pueden ser criterios que entren en tensión.

Es importante definir que la autonomía tan preciada para todas las instituciones no es autosuficiencia institucional. ¿Todos tenemos que ser autosuficientes para estar tranquilos de que vamos a cumplir con la misión y visión institucional? Profundizar el proceso de complementación, puede permitirnos avanzar en el sector público en una lógica de **interdependencia**. Confiar que otra institución nos va a prestar algunos servicios para lograr nuestros objetivos; esto es una decisión que puede tensionar las lógicas y rutinas institucionales. El cambio en la dinámica de las decisiones podría expresarse en las rendiciones de cuenta o en la elaboración de los planes quinquenales, para evitar duplicaciones, avanzar en la complementación e impedir la competencia entre efectores públicos, aspecto crítico en el terreno de la dotación de recursos humanos. (Extracto)

RED PÚBLICA: ESTRATEGIAS MÁS ALLA DE LA REPETICIÓN

T. A. Elena Clavell

Directora de la DIGESNIS

La construcción de un plan estratégico de la Red Pública no debería ser vista desde la repetición. Si pretendemos generar un cambio, una reducción de la fragmentación y el camino de una red pública integrada de prestadores en el SNIS, el plan estratégico y los acuerdos no deberían surgir desde la visión del "futuro de mi Institución". Sería una repetición del pasado.

El SNIS representa el desafío de que cada uno debería preguntarse qué lugar tenía y qué lugar desea tener al final del camino, y esa reflexión debería estar guiada por la preocupación del usuario. Todos tenemos claro el diagnóstico de que al no existir un sistema anterior, cada uno realizaba múltiples acciones y continúa realizando acciones que se superponen en la constitución de los servicios que necesitan los usuarios. Se superponen en el territorio, pero también se superponen en el agregado de valor que cada uno puede hacer. Seguramente hay cosas que no jerarquizamos por la multiplicidad de servicios.

El buen camino o enfoque es poder mirar con honestidad cual es lugar de cada uno en la red, y como se ubica en la imagen objetivo.

También desde el MSP es necesario recalcar la necesidad en este camino de fortalecimiento de la rectoría, para ello es necesario el fortalecimiento de la red. En Uruguay había una muy débil rectoría sobre la salud; para el fortalecimiento de la rectoría también es necesario el fortalecimiento e integración de una red en lo público (...) revisar juntos los mecanismos de regulación y que el sector público entienda, que debe participar activamente; es para nosotros muy difícil presentar indicadores de resultados, cuando el sector público, no tiene un sistema de información unificado.

Un componente fundamental para la salud de la población son los programas del MSP, que se desarrollan en el sector público; pero tenemos un deficiente sistema de información por lo que los mejores indicadores y resultados parecen estar en los privados; eso es un problema. Para la

efectiva integración de todos los actores públicos en los esquemas de información del MSP, se ha planteado contar con la información de recursos humanos del sector público.

Otro problema es que existen **marcos normativos para ingreso de tecnología** de mediano y alto porte. En el MSP tenemos los elementos regulatorios que deben transitar los prestadores estatales cuando se plantean incorporar alta tecnología. Similar camino debe plantearse respecto a la construcción y apertura de servicios: un problema muy grande es la **habilitación de servicios**; tenemos un escaso desarrollo de procesos de habilitación en el sector público.

Vemos que hay cuatro desafíos importantes:

1) Formar parte del SNIS. El MSP quiere colaborar en la identificación de las dificultades desde el punto de vista normativo.

2) Como integrarse y fortalecerse como red pero sin quedarse en un espacio autosuficiente, y no generar barreras con los privados; en un sistema integrado de salud, una red pública no se fortalece para después enfrentarse a la red también fortalecida de los privados; se debe articular con las otras redes.

3) Hay dos grandes tipos de efectores: con o sin población asignada; o prestación de algunos servicios específicos, por lo que hay que hacer una doble articulación. Todos los actores articulados, pero no necesariamente desde el mismo rol.

4) Por último, ¿cuáles son los ejes estructurantes en la generación de la Red? Una propuesta es el proyecto de salud digital, SALUD. UY, que a todos nos sirve y es un proyecto que puede servir como eje estructurante, en el cual cada uno se posiciona en la red. El MSP solicitó que se convoque a la RIEPS en su Consejo Asesor a efectos de que se integren los efectores públicos; hay enormes desafíos: la historia clínica digital, la teleimagenología. Otro eje es la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública.

Como factor crítico para los servicios de atención en salud, el mayor desafío es el de los recursos humanos. Un artículo en la rendición de cuentas pasada estableció la posibilidad de contratar un profesional por un efector de la RIEPS, que luego pudiera ser compartido por otros efectores (hablando de baja utilización y baja oferta). Hemos visto instancias en las cuales también en el sector público se produce la competencia por los recursos humanos. (Extracto)



red pública de salud



SUPERAR LA SEGMENTACION Y LA FRAGMENTACION DEL SISTEMA

Dr. Eduardo Levcovitz

Representante de OPS/OMS en Uruguay

El Sistema de Salud uruguayo se ha caracterizado por ser simultáneamente segmentado y fragmentado. Como definiciones específicas llamamos **segmentación** lo que aparece en la esfera institucional, con prestadores con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, cada uno de ellos especializado, en diferentes estratos de la población, de acuerdo a situación laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago y estrato social. Es decir inserción de acuerdo a la capacidad de pago y en última instancia, a la clase social. La segmentación causa inequidad y desigualdad; todos los sistemas segmentados son intrínsecamente no equitativos y profundizan las desigualdades en los diferentes grupos.

En la esfera de los servicios de atención hablamos de **fragmentación** si en un sistema existen múltiples agentes de salud que no están organizados en una red, los servicios no colaboran mutuamente, se ignoran y compiten entre ellos con mucha frecuencia. Múltiples agentes operando sin colaboración, son causa insuperable de imposibilidad de la protocolización, falta de contenidos y calidad homogénea y de costos homogéneos en la provisión de los servicios. Finalmente estos sistemas generalmente son causa del incremento del costo de transacción y de una asignación insuficiente de los recursos del sistema, además de inequitativa.

En 2013, se observa que el cambio se ha dado a través de la figura del SNIS, que disminuye las brechas entre lo público y privado. ¿Cómo se ha pensado en Uruguay construir esa imagen ideal del sistema? Se pueden señalar cuatro mecanismos principales que se propone utilizar el SNIS; el primero es el financiamiento.

Respecto al **Financiamiento**, el SNIS innova en la recaudación, mezcla de recursos y mecanismo de pago. También un mecanismo robusto de regulación en los servicios, como componente fuerte de **Rectoría** del sistema, ejercido por el MSP y la Junta Nacional de Salud. Estos dos componentes responden mucho más a reducir la segmentación del sistema, pero no es suficiente para la resolución del problema de la fragmentación. Para superar la fragmentación es necesario primero pensar en la **plena integración de los programas** hasta ahora verticales a los servicios de salud, y lo que nos trae aquí hoy, reforzar la **RIEPS**, con el conjunto de las Instituciones. Las **Redes integradas** no se conforman solo con el primer nivel de atención, no se conforman solamente con públicos, se tiene que avanzar en la **complementación público – privado** por la naturaleza histórica del sistema sanitario del Uruguay, esta pasa a ser la imagen objetivo del cambio en el sistema de salud. Consolidados estos componentes se reduce la segmentación y fragmentación.

Es indiscutible el avance del Uruguay en estos cinco últimos años en reducir la segmentación del sistema (...) también es verdad que el sistema ha enfrentado muy poco el alto grado de fragmentación.

La fragmentación tiene múltiples causas: en primer lugar la segmentación, la baja capacidad rectora de las autoridades sanitarias, las incompatibilidades de las reglas jurídicas, los modelos organizacionales que no están pensados para la integración. Además la cultura, las normas y los procedimientos de las instituciones del país, fueron construidas antes del SNIS, por lo que no pueden responder a las necesidades, múltiples mecanismos de pagos, modelo muy centrado para la enfermedad y los casos agudos, la baja planificación, los programas verticales, y

totalmente separados de la estructura de prestación de servicios, los modelos de financiamiento que son muy inductores de la verticalización de los programas.

Para **desfragmentar el sistema hay múltiples intervenciones posibles pero para nosotros lo más importante es el trabajo en red**, o la conformación de redes integradas de servicios de salud, a través de la complementación público – público y público – privado.

Respecto a los **atributos que tiene que tener una red integrada de servicios de salud (RISS)**, el primero tiene que ver con la definición de población y territorio, y es para mí de los más relevantes. Sin población y territorio definido no existe capacidad de planificar los sistemas de atención, la planificación pública es territorial, es el territorio y la planificación los que nos pueden orientar hacia otros atributos de las RISS: una red de servicios de salud suficiente, una puerta de entrada con un primer nivel de atención, la provisión de servicios de salud especializados donde es adecuado, un mecanismo de coordinación asistencial común a todas las unidades de la red (protocolo, guías clínicas, etc.), atención centrada en la persona y no en el servicio, entre otros. En este marco la capitación es muy facilitadora, y genera valorización de las personas. No puedo avanzar en el atributo uno si no voy casi simultáneamente con los otros, que articulados entre ellos son sinérgicos (...)

Es necesario plantearse la **economía política** y como intervenir. La primera complicación es que el modelo de atención resulta de la interacción de tres grupos: usuarios, gestores, profesionales. Cada acuerdo de la RIEPS está impactando en cada uno de los grupos. Debe tenerse presente también que el sistema está en un territorio, con determinantes sociales y una población, estas tres variables también se deben considerar.

Para conformar este sistema de salud tenemos cuatro espacios de trabajo: la conformación de políticas, las normas, la asignación de recursos y el desarrollo de nuevos modelos organizacionales. Un buen plan estratégico debería tener estos cuatro niveles.

Finalmente es indispensable la **flexibilidad**, la integración de los servicios no significa que todos tienen que adaptarse a un modelo único, pero los modelos organizacionales de financiamiento tienen que ser sinérgicos. Es importante asumir una lógica de **progresividad**, es un proyecto largo con múltiples formas y niveles de integración.

La última lección es que debemos definir un camino, si sabemos a dónde vamos a llegar, y es necesario definirlo teniendo en cuenta la "extensión, profundidad y grado de compromiso" de la Red. (Extracto)

Fragmentos de exposiciones en la Jornada Plan Estratégico RIEPS. 15 de abril de 2013

apoya:



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas