

El sistema FEPREMI y las redes de servicios de salud

1. Las organizaciones en red.

La dinámica cambiante de la realidad en la que se desempeñan las organizaciones, independientemente del sector de la economía en que lo hagan, ha llevado en los últimos veinte años a nuevas formulaciones con relación a cuáles son los modelos organizativos que más se adecuan al contexto y al mercado que les son propios. Es así que la tipología de las organizaciones se ha ampliado incluyendo modelos más flexibles, capaces, al menos en su diseño, de dar mejor respuesta a las demandas de los usuarios o clientes.

Dentro de estos modelos se destacan las denominadas organizaciones en red, que en términos generales se pueden definir como un conjunto de personas u organizaciones que comparten valores y principios y actúan de manera acordada a través de diversos arreglos, sobre la base de la coordinación y la cooperación, para el logro de un fin común.

Se trata de un modelo básicamente horizontal en contraposición a los modelos tradicionales de estructura vertical, que reconoce variantes en la práctica concreta, pero que en todos los casos se caracteriza porque cada uno de sus componentes (personas u organizaciones) a los que se les denomina "nodos", cumplen un determinado rol en la red con un amplio margen de autonomía. Estos "nodos" mantienen múltiples vínculos o enlaces de coordinación y cooperación entre sí, estableciendo flujos continuos de recursos y sobre todo de información como elemento central para la toma de decisiones en cada uno de ellos.

Esto no significa que las redes sean simplemente un conjunto de arreglos institucionales entre diversas organizaciones autónomas, dando lugar a una especie de poliautarquía, sino que es una organización que "busca, deliberadamente, en el plan de su institucionalidad, profundizar y establecer patrones estables de interrelaciones" entre sus nodos, orientadas a la instrumentación de una estrategia común. (Vilaça Mendes, 2013).

Las organizaciones en red son entonces conjuntos de personas o instituciones y enlaces que las vinculan, que actúan de manera acordada y comparten una cultura, esto es valores, principios y objetivos comunes.

Las redes requieren, como cualquier otro tipo de organización, un sistema de gobernabilidad único basado en el liderazgo, que de cohesión a su funcionamiento. Dependiendo del contexto y de las condicionantes del mercado, las organizaciones en red tienen instancias institucionales más o menos centralizadas en las que se adoptan las decisiones estratégicas, que se delinean no obstante, a partir de la "experiencia" y de la información proveniente de los nodos, con los que el nivel central mantiene un vínculo de retroalimentación continua de información.

En la gestión de las redes resulta vital asegurar (o sea disponer los recursos necesarios para) que los vínculos entre los nodos y entre estos y la instancia de gobierno, se basen en mecanismos de coordinación sustentados en la cooperación mutua, en la comunicación adecuada, y en la transparencia (elemento central para afirmar la confianza entre los integrantes de la red). A su vez, del punto de vista operativo, la eficacia y la eficiencia de una

organización en red depende críticamente de la calidad de su sistema de información (común a todos sus integrantes) y de la logística que posibilite el flujo de recursos entre los nodos, incluidos los arreglos contractuales implícitos o explícitos necesarios para ello.

2. Las organizaciones en red en el sector de la salud: redes de atención.

Obviamente los sistemas de salud y sus organizaciones no escapan la realidad descrita anteriormente, tanto más por cuanto se trata de un sector dinámico sujeto a constantes innovaciones tecnológicas no solo en el campo de la información y la comunicación sino también y fundamentalmente, en el terreno de las tecnologías médicas. El cambio tecnológico opera en dos sentidos: modifica el contexto en el que se desenvuelven las organizaciones y a la vez ofrece nuevos instrumentos cuyo uso inteligente agrega valor a sus procesos productivos. Sin embargo, para que esto último suceda es necesario contar con un modelo de organización que sea lógicamente funcional a la estrategia empresarial y al logro de sus objetivos, y que a su vez posibilite o genere condiciones para un uso eficiente de esas nuevas tecnologías, de manera tal que éstas sean efectivamente instrumentales a los fines de la organización.

Las organizaciones de salud entonces, no son ajenas a los cambios y menos aún lo son los sistemas de salud cuya gestión no difiere esencialmente de la de cualquier otra organización y que por su complejidad requiere la aplicación de modelos organizativos innovadores que faciliten el cumplimiento de sus fines dentro del marco de los principios que los rigen.

La aparición de nuevos modelos organizativos más adaptados a las nuevas realidades de las organizaciones, no implica la desaparición de los modelos tradicionales y en los hechos estos y aquellos pueden convivir aplicados a diferentes niveles de una misma organización, sobre todo si esta es de gran porte y complejidad.

En el caso de las organizaciones de salud esto es particularmente evidenciable desde larga data. Es así que por ejemplo, en un hospital es posible identificar no sólo un modelo general de organización burocrática sino también, a su interior, otros diferentes modelos aplicados en distintas áreas según cuáles sean las características de sus actividades y su relación y contribución al logro de las metas y los objetivos estratégicos del hospital. Así pues, puede coexistir en una misma organización, modelos con criterios tradicionales de división del trabajo por especialización de funciones (laboratorio clínico, hemoterapia, imagenología), modelos basados en los procesos (atención ambulatoria, cuidados moderados), modelos de organización por turnos (departamento de higiene ambiental) y aun modelos de organización en red (conjunto de profesionales médicos de diversas especializaciones que coordinan y ejecutan la atención de pacientes complejos y comparten información a través de un sistema común).

Para el caso del sector salud, hablar de organizaciones en red es referirse a redes de atención de salud o redes integradas de servicios de salud en las que el interés común de sus componentes es la cobertura asistencial de determinada población y en la que los vínculos que se establecen entre sus "nodos" y el flujo de recursos e información entre ellos, incluye a las personas en tanto usuarios o pacientes.

La OPS desde hace algunos años viene pregonando las virtudes de un modelo este tipo para sortear las disfuncionalidades, o al menos algunas de ellas, que afectan particularmente a los sistemas de salud de la región, sobre todo porque se lo visualiza como un modelo que contribuye de manera relevante a superar las típicas fragmentaciones de los sistemas sanitarios en Latinoamérica.

De alguna manera en el Uruguay, el MSP ha hecho suya esta perspectiva con algunos elementos que como se verá luego no siguen el criterio conceptual de la OPS y de lo que se entiende por organizaciones en red.

A partir de las características centrales de lo que se considera una organización en red, Vilaça Mendes define las redes de atención de salud como “organizaciones poliárquicas de conjuntos de servicios de salud, vinculados entre sí por una misión única, por objetivos comunes y por una acción cooperativa e interdependiente, que permiten ofertar una atención continua e integral a determinada población, coordinada por la atención primaria de salud – proporcionada en el momento oportuno, en el lugar apropiado, al costo adecuado, con la calidad necesaria, de forma humanizada y con equidad -, con responsabilidades sanitarias y económicas, que generan valor para la población”.

Por su parte la OPS define genéricamente las redes integradas de servicios de salud (RISS) como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve” (OPS, 2010).

Adicionalmente este organismo señala que “dada la gran variedad de contextos de los sistemas de salud, no es posible prescribir un único modelo organizacional de RISS; de hecho existen múltiples modelos posibles. El objetivo de política pública entonces es alcanzar un diseño que satisfaga las necesidades organizacionales específicas de cada sistema”. No obstante, entiende que una red integrada de servicios de salud debe cumplir con determinados atributos. Estos son:

1. **Población y territorio definidos a cargo de la red** y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud.
2. Extensa **red de establecimientos de salud que presta servicios integrales**, y que incluye los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud de las personas y los servicios de salud pública.
3. **Primer nivel de atención multidisciplinario** que abarca 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.
4. **Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado**, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios.
5. Existencia de **mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud**.

6. Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.
7. Un **sistema de gobernanza único** para toda la red
8. Participación social amplia
9. Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud
- 10. Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico**
11. **Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados** por la red
12. **Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red**, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.
13. **Gestión basada en resultados.**
14. Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.

Como puede observarse algunos de estos atributos dependen críticamente de la orientación que el organismo que ejerce la rectoría del sistema pretenda darle a éste y del tipo de incentivos que consecuentemente diseñe e introduzca. Tales los casos de la participación social, la acción intersectorial y el financiamiento adecuado. No obstante, el resto de los atributos (marcados en negrita) no depende necesariamente del regulador para su implementación por parte de los agentes prestadores de un sistema.

El modelo de las RISS impulsado por la OPS, como no podía ser de otra manera, se sustenta al menos declarativamente, en la atención primaria de salud. Esto ha implicado que su desarrollo muchas veces se vea como un asunto relacionado casi exclusivamente con la atención prehospitalaria y que en la mayoría de los países de América Latina, el proceso de implantación de las redes integradas ha resultado en un desafío muy importante en la forma de integrar los hospitales a esas redes. Esto se debe a que tradicionalmente en esos países, los hospitales operan como organizaciones independientes y su coordinación con los niveles de atención de menor complejidad ha sido históricamente difícil de establecer.

Si bien en Uruguay se puede identificar dificultades de este tipo en cuanto a coordinación y buen funcionamiento de mecanismos de referencia y contra referencia entre niveles asistenciales, existe una ventaja comparativa que viene dada por el alto grado de integración vertical de servicios en las organizaciones de salud, públicas y privadas, lo que supone un contexto facilitador de la integración de las estructuras hospitalarias a las redes de atención.

3. Las redes de atención de salud o de servicios de salud en el Uruguay.

Al abordar este punto se debe tener en cuenta que las redes que propugna la OPS, como ya se mencionó, están pensadas como un modelo cuya aplicación depende del desarrollo de instrumentos de política pública desde el ámbito gubernamental. Por tanto, se lo conceptualiza como un modelo de sistema de alcance nacional fuertemente imbuido de la tónica de la gestión del sector público. No obstante, el organismo reconoce la importancia de las decisiones de otros actores del sistema, particularmente de los prestadores y aseguradores que en él operan, en cuanto a sus estrategias y políticas de gestión para el desarrollo de las

redes. En consecuencia, es importante contar con una perspectiva que trascienda la falacia de las redes de salud como patrimonio exclusivo del sector público.

a. ¿El SNIS en clave de red?

En el caso de Uruguay, es claro que el denominado Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) presenta en su diseño elementos relacionados con el concepto de redes de salud. Más aun la ley de creación del SNIS en su artículo 34 dispone programáticamente que el SNIS se “organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones”.

Por otra parte, el artículo 39 faculta a la JUNASA a fomentar el establecimiento de redes de atención en salud. Más allá de que, transcurridos diez años, la Junta no ha adoptado decisión alguna en el sentido de fomentar la instrumentación de redes, lo que este artículo establece es que no existe una única red y que por el contrario pueden coexistir varias dentro de una red más amplia (macrored) dada por el SNIS.

Sin embargo, el SNIS dista mucho de constituir una macro red de salud.

En primer lugar porque no existe una gobernanza única del sistema ni una institucionalidad potente que la respalde y que gestione los necesarios acuerdos con las restantes organizaciones que se supone integran la red. No alcanza con que los principios que inspiran el SNIS cuenten con el acuerdo más o menos explícito de estos actores para afirmar que existen valores y objetivos comunes que guían el accionar de la red. Reflejo de esto es la inexistencia de una planificación estratégica del SNIS y por tanto de la red. Podrá haber planes estratégicos del MSP en su rol de rectoría o de la JUNASA como administrador del Seguro Nacional de Salud (SNS), pero no de la red en su conjunto porque ello supondría una participación activa de las organizaciones que la integran en la definición de las prioridades estratégicas. Como muestra de esto último, basta recordar el proceso por el que el MSP definió los objetivos sanitarios nacionales en el que no fueron invitados a participar las organizaciones prestadoras de servicios de salud. No existen entonces, objetivos comunes más allá de los que el regulador impone o de los que surgen en términos generales de los acuerdos plasmados en los contratos de gestión.

La conformación de una red que involucra a actores públicos y privados de diferente naturaleza y diversos roles, requiere la instrumentación de acuerdos o de alianzas estratégicas que los vinculen y en ese sentido la institucionalidad del gobierno de la red debe propiciarlos o promoverlos mediante diversos incentivos que alineen a las organizaciones a los objetivos de la red. Nada de eso sucede en el SNIS y por el contrario, en los últimos años el regulador ha adoptado posturas que lo alejan aún más del modelo de redes integradas de salud. So pretexto de sortear la fragmentación del sistema, el regulador ha tomado decisiones en sentido contrario al de un proceso de instalación de redes, confundiendo integración mediante acuerdos, con imposiciones lesivas de la autonomía de los componentes de la supuesta red.

En el SNIS, los vínculos entre las organizaciones de la red lejos están de fundarse en la confianza sobre todo en lo que hace a la relación entre los agentes y el nodo central de la red, esto es el regulador, en sus múltiples dimensiones.

No todos los “nodos” de la supuesta red tienen un rol específico o claramente establecido.

Adicionalmente, del punto de vista instrumental, resta mucho por hacer y definir en materia de un sistema que posibilite el tránsito de información entre todos los nodos de la red de manera transparente que facilite la gestión del sistema y de las organizaciones que la integran.

En suma, el SNIS, más allá de lo declarativo no constituye una red de servicios de salud y el calificativo “integrado” que adorna su denominación, no pasa de ser una expresión de deseo en el mejor de los casos.

b. El modelo de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS)

Si bien la JUNASA como ya se vio tiene la facultad de promover la creación de redes, no fue a iniciativa suya la concreción de una red pública de servicios de salud, sino que se constituyó por ley a iniciativa del Poder Ejecutivo en su conjunto.

Como se verá a continuación, paradójicamente los criterios de conformación de la red pública ponen en tela de juicio que se trate de una red de servicios que encuadre en el modelo de OPS

El artículo 741 de la ley 18.719, (ley de presupuesto nacional del año 2010), crea la RIEPS, que se compone de la Administración de Servicios de Salud del Estado, el Banco de Previsión Social, el Hospital de Clínicas, la Dirección Nacional de Sanidad Policial, la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas, el Banco de Seguros del Estado y las Intendencias Municipales. Este artículo dispone además que la RIEPS se gobierna con un Consejo Directivo Honorario, que tiene como “cometidos, entre otros, el diseño de la estructura interna de la RIEPS y la elaboración de un plan estratégico para la misma, que incluya el reglamento de organización y funcionamiento de dicho Consejo, definición de sus líneas de acción, la definición de áreas prioritarias para intercambio o venta de servicios en general, el seguimiento y la evaluación del funcionamiento de la RIEPS.”

Por su parte en el considerando IV del decreto reglamentario del referido artículo, de diciembre de 2012, se menciona a texto expreso que no todos los efectores que integran la RIEPS forman parte del SNIS. No obstante esto último, el artículo 4º del decreto, dispone que el Consejo Directivo Honorario tiene por cometido, entre otros, “elaborar un plan estratégico que incluya la definición de sus líneas de acción hacia el fortalecimiento de la RIEPS, en el marco del SNIS” y “el apoyo para la implementación de los lineamientos de la JUNASA, en particular los programas de salud y el cumplimiento de las metas prestacionales.” Por otra parte, el decreto crea en su artículo 6º la Unidad de Coordinación de la RIEPS, cuyos cometidos se establecen en el artículo 7º. Al tenor de este último, queda evidenciado de manera palmaria que la relación entre los organismos que forman parte de la RIEPS puede basarse en la compra venta de servicios, tal como lo prevé el artículo 741 de la ley 18.719 (mecanismo que en los

últimos años el MSP no considera como instrumento válido de complementación entre las organizaciones privadas y ASSE).

De lo visto se desprende que el modelo de red de servicios de salud que se ha aplicado en el sector público, dista mucho de ser el paradigma que parece perseguir el regulador a la hora de aplicar supuestos criterios de red integrada a las organizaciones que forman parte del SNIS.¹

La normativa reconoce que en la red pública la compra venta de servicios es un instrumento idóneo para el relacionamiento (y la complementación) entre sus integrantes lo cual es consistente con la definición de red. A su vez, la norma no incluye referencia alguna a la posibilidad de instalación de servicios únicos para los integrantes de la RIEPS a partir de decisiones del MSP o de la JUNASA y adicionalmente reconoce reiteradamente a texto expreso que el carácter de integrante de la RIEPS no cuestiona en absoluto la autonomía de cada uno de los organismos que la componen. Esto último que es consistente con el concepto de redes integradas, contrasta con la actitud respecto a los proveedores privados del SNIS.

Pero además, como ya se mencionó, de manera expresa se reconoce que varios de los organismos de la RIEPS ni siquiera forman parte del SNIS aunque se pretenda cumplir con los lineamientos de la JUNASA y las metas prestacionales. Mal se puede sentir obligado un organismo que no forma parte del SNIS a seguir los lineamientos de la JUNASA, lo que hace pensar que en realidad de lo que se trata es que los órganos que forman parte de la RIEPS contribuyan a que ASSE (sí integra el SNIS) pueda cumplir con sus obligaciones en tal carácter.

Por otra parte, si se sigue la definición de redes integradas que hace la OPS, se advierte que ésta refiere a una característica central que la RIEPS no contempla: ¿Cuál es la “población definida” a la que sirve? ¿Es la población usuaria de ASSE? ¿Lo es la de ASSE más los beneficiarios de los sistemas de Sanidad Policial y de Sanidad Militar? ¿Es este último criterio el que lleva a ASSE a contabilizar como usuarios propios un porcentaje elevado de beneficiarios de los sistemas de cobertura asistencial de los Ministerios de Interior y de Defensa Nacional? ¿Y que hay respecto a la población beneficiaria de los servicios de salud del BPS? ¿Cómo se los define y cuantifica?

Pero surgen además otras interrogantes que hacen a la esencia de una red: ¿Es el Consejo Directivo Honorario el órgano de gobernanza único para la red?, si así lo fuera ¿sus decisiones están por encima de las decisiones estratégicas de los órganos de gobierno de las instituciones que forman parte de la red? Si en la RIEPS se integran organismos que no forman parte del SNIS, ¿qué asegura que los lineamientos que deben seguir todos sus integrantes son los que emanan de la JUNASA como organismo encargado de velar por el cumplimiento de los principios del sistema? ¿No pone en tela de juicio un principio central de las redes, como lo es el objetivo común que se persigue, el hecho que haya organismos de la RIEPS que están fuera del SNIS y otros fuera del sistema de cobertura del SNS?

¹ El decreto omite hacer mención a que no sólo hay organismos en la RIEPS que no forman parte del SNIS sino que hay otros que quedan fuera del sistema de aseguramiento a través del SNS y que por tanto aunque formen parte del SNIS no se ven obligados a cumplir con los lineamientos de la JUNASA en la medida que no dependen de los recursos del FONASA y no tienen relación contractual con la Junta.

Sólo con estas interrogantes es suficiente para poner en entredicho el carácter de la RIEPS como red integrada de servicios de salud en el enfoque de OPS y como organización en red desde el punto de vista conceptual. Lo que ha prevalecido en la decisión de la conformación de esta red es pura y simplemente el carácter público de la propiedad de los servicios y el ánimo de disminuir costos y gasto público (verdadero objetivo común), pero no parece ser el móvil principal la instalación de un modelo organizativo más eficiente para dar respuesta a las necesidades de salud de una población específicamente definida, con determinado perfil demográfico y asentada en una geografía determinada.

Todo lo dicho deja de manifiesto que aun cuando el concepto de red integrada de servicios de salud admite que del punto de vista operativo existan modelos diversos según las realidades, el ejemplo de la RIEPS no parece ser el más indicado a seguir en el contexto uruguayo.

c. La red FEPREMI

En contrapartida y de manera paradójica por aquello de que las redes integradas de servicios de salud están pensadas como modelo aplicable al sector público, el análisis del sistema que conforman las instituciones de FEPREMI permite concluir que aun con ciertas limitaciones, es el que más se adecua al modelo de redes de salud en el contexto nacional. Esta red es el resultado de un proceso de larga data que surge a iniciativa de las organizaciones que la integran y que en ningún momento ha sido reconocida, ni tanto menos promovida como tal por el regulador pese a lo que establece el artículo 39 de la ley 18.211-

En efecto, el sistema FEPREMI encuadra tanto en las definiciones de red de servicios de salud que fueran mencionadas anteriormente, como en la descripción general de lo que es una organización en red y además cumple en los hechos o potencialmente, con la mayoría de los atributos que en el concepto de OPS, debe reunir una organización para considerarse una red integrada de servicios de salud.

En primer lugar, FEPREMI a partir de la concepción federal que la anima, es un conjunto de organizaciones autónomas que cumplen roles específicos, que obviamente comparten principios y valores (sea por su naturaleza jurídica, porque forman parte de un mismo sistema, - el SNIS -, sea por el "affectio societatis" que deriva de formar parte de una misma institución), que están orientadas a un fin común (la cobertura y la atención integral de sus afiliados), que mantienen vínculos entre sí a través de los cuales intercambian información y recursos (datos, pacientes y servicios) y que cuenta con un sistema de gobernanza único con decisiones estratégicas en las que participan todos los "nodos" de la red.

Si se analizan los atributos exigibles a una red de salud uno por uno se puede concluir que FEPREMI cumple con casi todos ellos aun cuando restan por desarrollar elementos que potencien su carácter de tal.

Es así que del punto de vista asistencial, FEPREMI constituye una organización en red encargada de la cobertura de salud y de la atención sanitaria de una población bien definida en un territorio específico. Esto es, alrededor de 850.000 personas distribuidas en todo el territorio nacional cuyo perfil por edad y sexo es bien conocido por la organización. La

inserción de cada institución en su territorio de referencia, es decir su departamento, hace posible su conocimiento de las realidades locales y facilita la identificación de las necesidades de salud de su población.

Además, FEPREMI está integrada por 22 instituciones de asistencia médica colectiva, da una de ellas con hospitales y centros de atención ambulatoria distribuidos en localidades de diversa magnitud poblacional (desde menos de 1500 habitantes hasta más de 30.000) y un centro hospitalario de referencia nacional para la atención de situaciones clínicas complejas y de alto costo, lo que representa una extensa red de servicios de atención de diferente complejidad, dispuesta para brindar atención de carácter integral. La organización federal por regiones constituye otro elemento de territorialidad que facilita la implementación de proyectos asistenciales de mayor escala sustentado en el concepto de red regional. Adicionalmente, el sistema FEPREMI cuenta con un mecanismo de cobertura de costos compartidos similar a un reaseguro (FOPREMI), para la atención de patologías o situaciones clínicas de baja prevalencia y alto costo, que apunta a asegurar la atención de la población en estas circunstancias y a dar sostenibilidad a sus organizaciones aprovechando la escala del conjunto de la red.

Las instituciones de FEPREMI también operan como efectores de políticas de salud pública, desde años atrás por ejemplo con la ejecución del plan ampliado de inmunizaciones. En este sentido además, el desarrollo de actividades relacionadas con el cumplimiento de las metas asistenciales y particularmente la nueva formulación de la meta 2, vinculada a los objetivos sanitarios nacionales, representa un ejemplo de acciones relacionadas con las prioridades de salud del MSP.

Si bien puede ser discutible que la red de FEPREMI se sustente en la atención primaria de salud (sin desconocer que la realidad en este tema no es homogénea para todas las instituciones del sistema FEPREMI y que es en todo caso un problema del SNIS en su conjunto), no menos cierto es que la distribución en territorio de servicios de primer nivel de atención en los distintos departamentos, incluyendo la atención en el medio rural, constituye una fortaleza y una ventaja para una eventual reformulación de su enfoque mediante el uso de tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) que podrían facilitar el enfoque multidisciplinario de la atención de las personas en los niveles menos complejos y alejados de los centros de referencia.

La red de FEPREMI dispone de estructuras de complejidad creciente que potencialmente posibilitan la atención de las personas en el lugar más apropiado en el momento oportuno cuando requieran servicios especializados. Para ello, el diseño de los enlaces o vínculos en la red es vital ya que condicionan los flujos de información, de recursos y de pacientes. Las TIC, el diseño de sistemas eficientes de transporte de pacientes y de sistemas de referencia y contra referencia, y los proyectos de servicios de alcance regional y nacional, alguno de los cuales ya funcionan sobre la base de acuerdos interinstitucionales, resultan elementos centrales del desarrollo de la red y representan un desafío en el corto y mediano plazo.

FEPREMI también tiene fortalezas para el desarrollo de mejores mecanismos de coordinación entre las diferentes instituciones para asegurar el continuo de atención a los individuos.

Seguramente sea necesaria una revisión de los dispositivos de coordinación vigentes entre las instituciones, particularmente aquellos que hacen a la complementariedad de las funciones de cada una de las instituciones en los proyectos regionales o nacionales actuales o a desarrollar. Los arreglos institucionales necesarios para ello, especialmente los que tienen efectos económicos por relaciones de compra venta de servicios, quizás requieran una revisión para que operen como incentivos adecuados para todas las partes involucradas en la red a partir de los roles que cada uno cumple en ella.

Como ya se dijo FEPREMI cuenta con un sistema único de gobernanza, entendido este no sólo por la existencia de un órgano de conducción único, - ámbito desde donde se procesan y se instrumentan las decisiones estratégicas de FEPREMI y que representa a la Federación ante terceros, particularmente ante el regulador-, sino en su dimensión más amplia que incluye los procesos de decisión estratégica en los que participan todas las organizaciones a partir de una visión común asentada en valores compartidos y sentido de pertenencia.

FEPREMI viene trabajando en el diseño de una gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico en línea con lo que es el enfoque de red.

4. Los desafíos de FEPREMI

Los desafíos que impone a las organizaciones el acelerado ritmo de cambio de sus entornos, sobre todo a partir de las innovaciones tecnológicas en el campo de las comunicaciones y del manejo de la información, - y en el caso de la salud, a la continua innovación de tecnologías, dispositivos, fármacos y criterios de tratamientos y diagnóstico -, hacen necesario que estas revisen y adecuen su diseño organizacional para dar una respuesta oportuna y de calidad a la demanda de los usuarios. En este sentido, el modelo de organización en red aparece como una alternativa acorde a las nuevas realidades.

El concepto de redes integradas propiciada por la OPS reconoce la posibilidad de coexistencia de varias redes en un mismo sistema de salud que a su vez actúa como una macro red que contiene a las anteriores.

Sin embargo, el SNIS si bien programáticamente apunta a esa concepción, está en los hechos, lejos de organizarse como una red y la RIEPS como red pública tampoco parece haberse desarrollado en ese sentido, quizás porque en su génesis adoleció de problemas estructurales que la alejan del concepto de red integrada.

En contrapartida, el sistema FEPREMI presenta características propias que cumplen con los requisitos fundamentales de una red integrada de servicios de salud.

Esta situación supone una disyuntiva para FEPREMI que deberá decidir si profundiza su diseño en red, si entiende que se trata del modelo organizativo más funcional a sus objetivos en el contexto del SNIS. En ese caso deberá revisar los actuales "enlaces" entre los "nodos" (organizaciones), propiciar su desarrollo, incentivar el diseño y puesta en práctica de nuevos proyectos (regionales o nacionales) y fortalecer el sistema de información clínico, administrativo y logístico que dan sustento a la red.

Si FEPREMI decide avanzar en el sentido de darse de manera explícita una estructura de red, seguramente se enfrente a la necesidad de introducir cambios en el actual "sistema FEPREMI". Estos cambios refieren a diversas dimensiones de la organización, desde cuestiones que hacen a su gobernanza y a su forma de gestión, hasta aspectos relacionados con los vínculos formales entre las instituciones que la componen.

Es necesario identificar estos temas de manera tal de anticipar el potencial impacto que sobre la funcionalidad de la red podrían tener de no abordarse oportunamente.

Las cuestiones más relevantes a considerar se refieren a aspectos propios de una red. Esto es, la responsabilidad territorial que las organizaciones tienen por la atención de sus asegurados, la comunicación que las vinculan, los proyectos y servicios en común y las formas "contractuales" que las relacionan.

a. La responsabilidad territorial y la comunicación.

Desde el inicio de la organización federal, cada institución ha mantenido un ámbito de competencia territorial propio. Esto supone de alguna manera, un reparto del mercado de los asegurados en función de su lugar de residencia y de la ubicación de la sede principal de la institución. Este criterio aplica entre las empresas que conforman FEPREMI pero obviamente no se extiende al resto de las instituciones del SNIS. De hecho, las empresas de la Capital vienen desarrollando desde años atrás, alternativas para la captación de afiliados del Interior, particularmente en las zonas sur y este del país, rompiendo de esta manera la lógica dicotómica Interior / Montevideo. Vale decir que la estrategia adoptada por FEPREMI, evita la competencia entre sus propios integrantes pero no puede hacerlo con respecto a las restantes organizaciones del SNIS.

El enfoque de red implica la adopción de un punto de vista más amplio a la hora de analizar el sistema y el rol que le compete a FEPREMI y por ende a sus organizaciones. No sólo por su competencia con las empresas de Montevideo y su natural competidor en el Interior (ASSE), sino porque resulta un elemento central del concepto de red trascender el brete del campo de acción departamental o regional.

Cada institución de FEPREMI tiene su ámbito de acción territorial en el departamento en el que está instalada su sede principal. En la mayoría de los casos el alcance de su área de acción es precisamente el territorio del departamento y en otros casos, en los que en un mismo departamento existe más de una empresa instalada, el área de influencia es una subregión del departamento acordada entre las instituciones involucradas. Esta organización de la cobertura asistencial que ha sido efectiva y funcional a los intereses de las instituciones durante años, puede estar hoy día en entredicho, no solo por las estrategias de crecimiento de las empresas de Montevideo ya señaladas, y por la evolución del SNIS en los últimos años a partir de las decisiones políticas adoptadas por el regulador (caso del sistema de urgencia y emergencia), sino también por la eventualidad de potenciar la organización en lógica de red.

La perspectiva de análisis del sistema FEPREMI a la luz del concepto de red, obliga a problematizar la estructura en compartimentos más o menos rígidos de competencias

departamentales o subregionales y aún de los ámbitos de acción más amplios definidos en las estructuras Regionales. Esto es así por cuanto una red implica poner en el centro de su criterio organizativo, la dirección y el sentido del tránsito de los pacientes en sus procesos asistenciales, privilegiando una mirada institucional centrada en las necesidades de atención del afiliado.

La estructura a desarrollar entonces, debe ser flexible y el criterio central de su diseño debe concentrarse en la búsqueda de la mejor respuesta asistencial posible, entendiendo por tal, la que asegura al afiliado un oportuno acceso a los servicios que mejor se ajustan a sus requerimientos de salud. Esto no es otra cosa que la adaptación de la macro estructura al concepto de organización orientada al usuario, ya analizado y adoptado por las instituciones de la Federación como elemento clave de su desarrollo futuro.

Debe advertirse que definir como criterio central de la organización de la red, el flujo o tránsito de los pacientes por los diferentes servicios de acuerdo a sus necesidades asistenciales, no significa quedar sujeto a su arbitrio de forma tal que el tránsito esté direccionado exclusivamente por decisiones autónomas del afiliado. La organización debe tener presente cuales son las mejores alternativas a ofrecerle, a partir de su propia capacidad instalada para asegurar las mejores condiciones de atención y eventualmente analizar, definir e implementar nuevas instancias organizativas que mejoren esas condiciones.

Lo señalado supone analizar el sistema de comunicaciones entre las empresas de la Federación. Esto tiene al menos dos dimensiones de análisis: las comunicaciones físicas básicamente dadas por las vías de tránsito que las enlazan y las virtuales, que operan a través de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC).

Las vías de comunicación físicas son condicionantes que vienen dadas para las empresas y que no son modificables por decisiones propias. Aunque esto último parezca una obviedad, no es ocioso remarcarlo porque es lo que determina la comunicación entre las empresas y sus servicios cuando se trata de la atención de un paciente que requiere traslado, y porque su estructura actual impone la mejor alternativa de acceso y no siempre "respetar" la lógica territorial que se han dado las instituciones de la Federación.

En los hechos entonces, pueden existir contradicciones entre la lógica de las instituciones que determina que los afiliados de una empresa se atiendan en sus propios servicios y la del mejor proceso asistencial posible que indica que el "afiliado FEPREMI" debería seguir un tránsito determinado por las condiciones de mejor acceso a los servicios. Por ejemplo, si un afiliado a la institución A requiere un determinado servicio o prestación de la que no se dispone en su lugar de residencia y debe trasladarse a otra ciudad para su realización, podrá hacerlo o bien a otra en la que la institución A cuenta con dicho servicio o prestación, o bien a una en la que la disponibilidad de ese servicio es de la institución B de la Federación. Si la red física de comunicaciones determina un mejor acceso a esta última, los mecanismos de relacionamiento entre ambas instituciones deberían facilitar esta opción al afiliado por tratarse de la mejor para sus intereses.

En consecuencia, cada institución debería evaluar cuál es la mejor alternativa asistencial según el lugar de residencia del afiliado; la capacidad instalada por la empresa en las distintas localidades del departamento o de la subregión a la que pertenece; y las condiciones de la trama de comunicaciones viales entre ellas y con las de otras instituciones de la red.

A su vez, este nuevo diseño debería ser flexible según las necesidades del paciente, esto es, según la especialidad médica que requiera para su atención ya que el siguiente desafío que comporta la estructura en red es la especialización de sus nodos. En términos simples, el destino de un paciente que requiere traslado, afiliado a una determinada institución, no estará sólo determinado por las condiciones de comunicación vial, sino además por el grado de especialización en determinadas prestaciones de las instituciones de la red. Esto lleva al siguiente desafío: la conformación de centros de referencia conjuntos enmarcados en proyectos de carácter regional, subregional o nacional.

Avanzar en estos temas implica redefinir los ámbitos geográficos de competencia de las instituciones de la red y sobre todo, acordar entre ellas nuevas formas de relacionamiento respecto a las prestaciones recíprocas por sus respectivos afiliados. Pero además, implica proyectar emprendimientos conjuntos que sean capaces de dar mejor respuesta a los pacientes dentro de la red de FEPREMI.

La otra dimensión de la comunicación entre las instituciones de una red es la que se sustenta en las TIC. Hoy día las herramientas de este tipo aplicadas a la atención sanitaria reducen la necesidad de traslado del paciente y generan condiciones para una mejor calidad de los procesos. La historia clínica electrónica, las bases de datos compartidas a través de repositorios en la "nube", entre otros, son instrumentos y dispositivos que permiten compartir información para mejorar la atención de los pacientes mediante la realización de interconsultas o para la implementación de programas de segunda opinión.

El desarrollo de la telemedicina permite además, aprovechar la experticia de profesionales radicados en un determinado punto del país, en favor del conjunto de los afiliados de la red FEPREMI con independencia de su lugar de residencia.

La planificación, organización y puesta en práctica de programas basados en estas tecnologías (más allá de los avances ya alcanzados), así como de la redefinición de los ámbitos geográficos de acción de las empresas, implica un rol preeminente del ámbito de gobernanza de la red que a partir de una visión global de la organización deberá impulsar, dirigir y apoyar los esfuerzos de las instituciones en el sentido señalado.

b. Proyectos y servicios en común

El concepto de red implica como ya se dijo, la asignación de roles a las instituciones participantes, que se definen a partir de los objetivos y cometidos que tienen en común. Las IAMC que forma parte de FEPREMI comparten su carácter de empresas de salud que, en el contexto del SNIS, aseguran a sus afiliados el acceso a un conjunto de servicios definido como integral.

Cada institución individualmente, en función de diversas variables que las condicionan, - tales como la escala de afiliados, su ubicación geográfica, su política de recursos humanos -, tiene sus propias fortalezas y debilidades para cumplir con ese cometido principal.

La integración a una red de instituciones de salud, debería generar condiciones que potencien las primeras y minimicen las segundas. Sin embargo, para que ello sea así se debe estar dispuesto a compartir proyectos y recursos y ampliar el campo de visión del entorno de forma tal de conceptualizar que los beneficiarios de una institución en particular lo son de toda la red. El concepto de "afiliado FEPREMI" es el eje principal del diseño de los proyectos comunes.

Más allá de los que ya están operativos y que pueden involucrar a algunas empresas, o aún de aquellos de alcance global como es el caso de FOPREMI, el planteo precedente implica una planificación que a partir de las inquietudes y propuestas de las distintas empresas, abarque el universo de la Federación y asigne roles a las instituciones.

En este sentido algunas posibles líneas de acción en el punto de partida, son las siguientes:

- Relevamiento de las necesidades de las empresas en cuanto a prestaciones o especialidades con disponibilidad crítica en su ámbito de referencia territorial. Es decir qué prestaciones o especialidades no están disponibles o lo están de forma parcial lo que genera demoras en el acceso de los pacientes y es necesario mejorar.
- Relevamiento de las fortalezas asistenciales de las empresas en relación a prestaciones o especialidades médicas pasibles de extender su ámbito de competencia a otros departamentos, regiones o subregiones en función de su disponibilidad y capacidad instalada. Es decir, qué servicios puede ofrecer cada institución para la atención de pacientes de otras empresas de la red.
- Identificación de potenciales centros de referencia de la red a nivel regional o subregional en especialidades específicas o para la realización de prestaciones de complejidad media o alta en particular a cargo de una o más empresas.
- Determinación de los roles y contrapartidas de cada empresa en los emprendimientos de referencia conjuntos y de los vínculos financieros entre las instituciones participantes.
- Diseño de los esquemas de gestión y de las formas de gerenciamiento de los proyectos conjuntos.

En este último sentido es necesario fortalecer los programas conjuntos ya operativos. En ese sentido, el sistema FOPREMI cuya complejidad de administración ha ido aumentando a lo largo del tiempo amerita una mayor profesionalización de su gerenciamiento.

c. Formas "contractuales".

Existen al menos dos elementos que marcan las relaciones contractuales entre las instituciones de la red. Uno vinculado a los proyectos conjuntos que involucran a dos o más empresas y otro que hace a las relaciones bilaterales entre empresas en casos puntuales no enmarcados en proyectos en particular.

En el primer caso ya se señaló que los proyectos como tales, deben prever la regulación del relacionamiento entre las instituciones participantes y consecuentemente las responsabilidades que le compete a cada una de ellas, incluyendo su cuota parte en el financiamiento del proyecto (en su inversión inicial y en su funcionamiento futuro) y las formas en que se realizan esos aportes

En el segundo caso, deben existir reglas que regulen las relaciones entre todas las empresas de la red de manera general, de forma tal que sea aplicable a todo el sistema FEPREMI. La red FEPREMI como ya se dijo, tiene por objeto asegurar el acceso a los servicios de manera oportuna a todos los afiliados a las instituciones que la componen. Por tanto, debe contarse con un esquema regulatorio aceptado por todas las partes, que a la vez que permite que el afiliado utilice los servicios en cualquier punto del país, de garantías a las instituciones desde el punto de vista de su viabilidad financiera. Con relación a este punto los esquemas de pago que vinculan a las empresas de la red resultan particularmente importantes por cuanto del modelo que se adopte depende en gran medida el riesgo financiero que asume cada institución. En consecuencia, una mirada organizacional basada en el enfoque de red o de sistema, necesariamente implica revisar el sistema de aranceles vigente.

No obstante lo dicho, el tiempo transcurrido desde la primera formulación del sistema de aranceles hasta el presente, siendo que en esencia no ha sufrido cambios, sería razón suficiente para proceder a su profunda revisión.

Lo que en su momento fue una herramienta de indudable utilidad, hoy difícilmente sea un instrumento funcional a las necesidades de las instituciones, sea que actúen como compradores o vendedores de servicios a sus pares de la red FEPREMI.

El sistema vigente es un esquema de pago por tipo de prestación o servicio. Sabidos son los incentivos que comportan estos modelos de reembolso para quién debe financiar los servicios (en este caso la institución compradora) y para quién lo brinda.

El pago en este modelo es básicamente ex post, es decir, una vez que se consume el servicio y la empresa pagadora dispone de escasos mecanismos para evaluar la pertinencia de la indicación o la intensidad de uso de los servicios en el caso de la internación. A efectos de minimizar estos efectos la empresa compradora instrumenta mecanismos de autorización previa, de escasa efectividad y que eventualmente puede operar en detrimento de la oportunidad de la aplicación del servicio afectando la calidad de la atención. El otro mecanismo "compensatorio" del riesgo asumido por la empresa que debe pagar los servicios es la demora en hacer efectivo los reembolsos lo que genera problemas en la relación entre las instituciones.

Por su parte la empresa que brinda la prestación no tiene incentivos para modular o regular el uso de los servicios por cuanto tiene asegurado el pago de su consumo. La prolongación innecesaria de la estadía de los pacientes de terceras instituciones en los servicios de internación o la proliferación de estudios son eventualidades no descartables en este modelo de pago, lo que afecta la calidad asistencial y las finanzas de la empresa que paga los servicios.

Por supuesto todo esto está fuertemente modulado por el precio de las prestaciones y el mecanismo por el que se determina. Si el arancel o precio de las prestaciones es bajo con relación a los costos de producción, las empresas involucradas tendrán incentivos opuestos a los señalados y por ejemplo, la empresa proveedora tenderá a evitar la atención de afiliados de otras instituciones.

De alguna manera puede decirse que los aranceles del sistema FEPREMI son precios administrados ya que son el resultado de un esquema de cálculo definido tiempo atrás cuyos precios se ajustan centralmente según una paramétrica.

Los aranceles se expresan en unidades de valor relativo (unidades FEPREMI - UF), y las relaciones de proporcionalidad entre las diferentes prestaciones se supone que reflejan las diferencias de complejidad y por tanto de cantidad e intensidad de uso de recursos que se verifican entre ellas. Sin embargo, estas relaciones no han sido objeto de revisión reciente, siendo que las condiciones de producción de esos servicios pueden haber cambiado y seguramente lo hayan hecho, en los últimos años. El resultado es una tabla de aranceles de incierta relación con los costos de producción y basado en proporcionalidades entre las prestaciones de dudosa validez.

A esto se agrega que los precios son iguales para todas las instituciones y la señalada falta de correlación con los costos operativos pueden estar determinando que en algunos casos el precio de los aranceles cubra holgadamente el costo y en otros está muy por debajo de estos.

El listado de prestaciones del sistema de aranceles de FEPREMI, es taxativo pero no exhaustivo lo que significa que existe un conjunto extenso de servicios no contemplados en contrapartida con un listado detallado de otras prestaciones. De continuar en la línea del modelo de pago por servicio, el listado no debería dejar fuera ninguna prestación potencialmente utilizable, lo que significa aplicar valores a un conjunto tan amplio de prestaciones como por ejemplo, el del PIAS, lo cual parece un exceso (sin mencionar los problemas que presenta el PIAS por tratarse de un catálogo de servicios).

En conclusión debería revisarse en profundidad el sistema de pago entre las empresas de FEPREMI. Ya sea que se opte por mantener el modelo de pago por servicio, que requiere una actualización del listado de prestaciones y sobre todo del método de determinación de sus precios, ya sea que, lo que parece más adecuado, se transita el camino de una redefinición del modelo de pago apuntando a un esquema basado en unidades de pago más amplias que permitan compartir riesgo entre las empresas involucradas.

Sea cual sea el camino existe hoy día mejores condiciones que años atrás para determinar los precios de los servicios ya que se dispone de más y mejor información que en los años de

definición del sistema de aranceles. En este sentido se puede señalar la información resultante de las Estructuras de Costos de Atención en Salud (ECAS) que cada empresa remite al MSP.

Existen pues diversas alternativas por donde transitar hacia un modelo de pago diferente entre las instituciones de la red. Por ejemplo, y sin pretender agotar las alternativas, se puede avanzar en un modelo de aseguramiento del estilo de FOPREMI para prestaciones de baja y mediana complejidad en el que cada empresa contribuye a un fondo administrado centralmente que a su vez reembolsa a la empresa que brinda el servicio, o mantener un sistema de vínculo directo de compra – venta de servicios entre empresas pero con unidades de pago más amplias.

En ambos casos deberá trabajarse en la determinación de la unidad de pago ya sea del reembolso en el primer ejemplo o en el pago directo en el segundo. En este sentido, puede ser útil tomar como punto de partida la tabla de prestaciones básicas consideradas en el ECAS, para las que se cuenta con costos medios por empresa a partir de los cuales definir el precio (cuando no se determine que este sea equivalente al reintegro de ese costo medio).

Sea cual sea el cambio en el modelo de pago, éste debe acompañarse de otras reglas que regulen el vínculo entre las empresas. Deberá definirse una norma de carácter federal que obligue a las empresas a hacer efectivo el pago por las prestaciones brindadas a sus usuarios, lo que supone definir sanciones por el incumplimiento, llevar registros centralizados de prestaciones realizadas y prever instancias de conciliación.

1. Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de Redes Asistenciales. La red pública de salud. Fundamentos, conceptos y experiencias. Chile. 2007 (Serie Cuadernos de Redes N° 8).
<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/8.pdf>
2. Organización Panamericana de la Salud. "Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas". Washington, D.C.: OPS 2010. (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4)
https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307
3. Eugênio Vilaça Mendes. Las Redes de Atención de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Consejo Nacional de Secretarios de Salud. Brasilia. 2013
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3147/LAS-REDES-DE-ATENCION-DE-SALUD-web3%5B1%5D.pdf?sequence=1>
4. Artaza Barrios, Osvaldo; Méndez, Claudio A.; Holder Morrison; Reynaldo; Suárez Jiménez, Julio Manuel. Redes Integradas de Servicios de Salud: El Desafío de los Hospitales. Santiago, Chile: OPS/OMS, 2011. (N°1 Documentos OPS/OMS en Chile).
http://www1.paho.org/chi/images/PDFs/redes_integrales_de_servicios.pdf
5. Rivas Tovar, Luis Arturo. Nuevas formas de organización. Estudios gerenciales. vol.18 no.82 Cali Jan./Mar. 2002.
<http://www.scielo.org.co/pdf/eg/v18n82/v18n82a01.pdf>
6. IMPO. Ley N° 18.719. Artículo 741. Creación de la RIEPS
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18719-2010/741>
7. IMPO. Decreto 236/014. Consejo Directivo Honorario RIEPS
<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/236-2014>