

**FONDO NACIONAL DE RECURSOS
MEDICINA ALTAMENTE
ESPECIALIZADA**

PARTE I

(Extractado de: EQUIDAD, CALIDAD Y
SUSTENTABILIDAD EN SALUD)

FONDO NACIONAL DE RECURSOS MEDICINA ALTAMENTE ESPECIALIZADA

Parte I

(Extractado de: EQUIDAD, CALIDAD Y SUSTENTABILIDAD EN SALUD)

DESCRIPCION GENERAL

I.1. MISION Y OBJETIVOS

El Fondo Nacional de Recursos (FNR) es una institución creada por ley para asegurar el acceso de toda la población a un conjunto de prestaciones médicas que fueron consideradas como de alta especialización e impacto económico.

De acuerdo a la ley fundacional del año 1980, el FNR es una persona pública no estatal que financia actos médicos que se realizan en los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE). Estos institutos pueden ser públicos o privados y en la mayoría de los casos, se ubican en el ámbito de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC).

A efectos de ilustrar en que consiste medicina altamente especializada se establecerá una definición de la misma. Se entiende por medicina altamente especializada la que requiere una gran concentración de recursos humanos y materiales para un escaso número de pacientes en los que está en juego el pronóstico vital o funcional, articulados de tal forma que permitan obtener la excelencia asistencial.

A pesar de la existencia de esa definición, a lo largo de los años no sólo se incrementó el número de pacientes con actos médicos financiados por este sistema, sino que también creció el listado de técnicas incluidas en la cobertura. Al día de hoy, más de 190.000 pacientes han podido acceder a un conjunto de 16 técnicas, algunas de ellas en el exterior del país, por medio de un sistema que hoy cubre a 27 IMAE institucionales, más de 38 centros de hemodiálisis y 3 que realizan sólo diálisis peritoneal.

Este proceso de crecimiento, no siempre justificado técnicamente, puso en evidencia importantes debilidades de gestión y enfrentó a la Institución a la necesidad de redefiniciones significativas.

A partir de esa experiencia, se puede decir que hoy la misión del FNR es otorgar financiamiento a un conjunto de prestaciones médicas de efectividad demostrada, cuando existen indicaciones basadas en evidencia científica actualizada, permitir el acceso equitativo de toda la población del país, asegurar que los procedimientos se realicen con un alto nivel de calidad y

eficiencia con el fin de adoptar las medidas preventivas y correctivas necesarias para asegurar la sustentabilidad del sistema.

Teniendo en cuenta esa misión institucional, los objetivos pueden ser sintetizados de esta forma:

- financiar la cobertura de actos de medicina altamente especializada asegurando equidad en el acceso;
- controlar y evaluar la calidad de la atención y los resultados de los procedimientos realizados mediante actividades de seguimiento;
- evaluar el nivel de eficiencia con que se desarrollan los procedimientos en base a los correspondientes estudios de costos, aportando esa información para la determinación de aranceles;
- llevar a cabo programas de prevención, tendientes a abatir la incidencia de los factores de riesgo vinculados a las técnicas que se encuentran bajo su cobertura;
- financiar la realización en el exterior de aquellos actos médicos que se encuentran en un listado predefinido de técnicas que no se pueden hacer en nuestro medio, por razones de desarrollo tecnológico o porque se baja incidencia no permite reunir un número de casos suficientes para asegurar su calidad técnica.

I.2. TÉCNICAS CUBIERTAS

La legislación dispone que corresponde a la Comisión Honoraria Administradora fijar el listado de afecciones, técnicas y medicamentos que estarán cubiertos por el Fondo Nacional de Recursos. Para la inclusión de nuevas prestaciones se requerirá el asesoramiento de una Comisión Técnica Asesora que se crea en el mismo texto legal.

A lo largo de sus veinticinco años de existencia, la Comisión Honoraria Administradora utilizó la potestad que le otorga la ley para la inclusión de nuevas técnicas y sólo recientemente se han adoptado las primeras resoluciones para la exclusión de algunas de ellas, por considerar que no reúnen las condiciones establecidas por la definición de referencia.

El proceso de incorporación puede resumirse de la siguiente manera:

- desde 1980 se cubren los tratamientos de hemodiálisis y trasplante renal, estudios hemodinámicos y cirugía cardíaca de revascularización o recambio valvular, implante de marcapasos y prótesis de cadera;
- en 1982 se agrega la diálisis peritoneal como complemento a los tratamientos de insuficiencia renal ya incluidos;
- en 1992, se incluye la angioplastia transluminal, las prótesis de rodilla y la litotricia del aparato urinario;

- en 1995 se incorpora la cobertura del tratamiento de grandes quemados, los trasplantes cardíacos y los trasplantes de médula ósea;
- en el año 2000 se incluyen los implantes cocleares, para tratamiento de niños con sordera de origen neurosensorial en etapa pre escolar;
- en el año 2002 se formalizó el ingreso de los implantes de cardiodesfibriladores, aunque los mismos ya eran financiados en condiciones de excepción desde 1994;
- a fines de 2004 se incorporó el suministro, bajo protocolo, de medicación de alto costo, para el tratamiento de afecciones que hasta el momento eran tratadas con otras técnicas que ya estaban en la cobertura del FNR.

En el mes de junio de 2006 se produce la primera resolución del FNR por la cual se excluyen técnicas de la cobertura. Las técnicas que quedaron fuera de cobertura es la litotricia para el tratamiento de la litiasis del aparato urinario, cuya responsabilidad se trasladó a las instituciones de asistencia médica públicas y privadas, en virtud de que las mismas no reunían los requisitos de medicina altamente especializada.

En casos especialmente justificados, el FNR puede convenir la atención de pacientes en medios sanitarios del exterior, cuando se trate de patologías potencialmente reversibles que no puedan tratarse en el país por carecerse de recursos, siempre que existan en el exterior tratamientos de reconocida solvencia científica. A esos efectos, la Comisión Honoraria Administradora emita y revisa periódicamente un listado de actos que se incluyen en esta cobertura.

La cobertura de tratamientos en el exterior se incorporó en 1994. Desde entonces se han cubierto diversas patologías en virtud de condiciones específicas que fueron variando en el tiempo. Actualmente, se cubre en Argentina el trasplante hepático y el trasplante pulmonar. Algunos casos muy excepcionales de cardiopatías congénitas, de muy baja prevalencia, son tratados en San Pablo, con cobertura del FNR.

También en el caso de la cobertura en el exterior se ha producido un cambio reciente, en junio de 2006 se excluyeron de este financiamiento las técnicas de radioneurocirugía, que hasta ese momento se trataban en Argentina. Desde esa fecha la radioneurocirugía con acelerador lineal ha quedado a cargo de las instituciones de asistencia médica y de los servicios de ASSE del país.

I.3. BENEFICIARIOS DE LA COBERTURA DEL FNR

Pueden acceder a la cobertura de los actos médicos mediante el FNR, los pacientes radicados en el país que sean beneficiarios de servicios públicos o de instituciones de asistencia médica aportantes al sistema. Es posible también afiliarse directamente al FNR en forma individual, aunque por el

momento no existen antecedentes. Sólo quedan excluidas aquellas personas cubiertas por seguros parciales, que no aporten por sus afiliados.

Cualquier paciente que se encuentre en las condiciones referidas (lo que constituye de hecho la totalidad de la población del país) cuenta con cobertura para todas las técnicas incluidas en el FNR.

I.4. EL TRAMITE DE AUTORIZACIÓN DE COBERTURA

El sistema de autorizaciones tiene como orientación principal la calidad de la asistencia en un contexto de equidad y sustentabilidad.

En primer lugar, se entiende que una asistencia de alta calidad requiere el cumplimiento de protocolos escritos que han sido oportunamente puestos en conocimiento del cuerpo médico.

En base a los mismos, se analizan los estudios clínicos y paraclínicos previos, para confirmar el diagnóstico y descartar la existencia de otras afecciones, haciendo un balance de los riesgos de la intervención y los beneficios que se pueden esperar en cada paciente. En esta etapa, se considera especialmente la calidad de vida actual y la esperada, así como las posibilidades de rehabilitación luego del procedimiento.

Todos los pacientes para cuyo tratamiento se solicita cobertura al FNR son visitados por un médico evaluador, como parte de un “sistema de segunda opinión”. Este médico evalúa al paciente en su domicilio o en el lugar de internación y emite un dictamen de asesoramiento al FNR que es tenido en cuenta en el momento de adoptar la resolución. La existencia de este mecanismo ha mejorado la calidad de la información en base a la cual se toman las decisiones.

En un alto porcentaje de casos, seleccionados en base a la complejidad de ciertas situaciones médicas, se realizan además ateneos de discusión, integrados por reconocidos especialistas y docentes universitarios de nuestro medio.

Debe tenerse en cuenta que todas las técnicas cubiertas por el FNR son invasivas, lo que supone la existencia de riesgos de complicaciones. Esos porcentajes de riesgo son conocidos y evaluados periódicamente. Si bien en la mayor parte de los casos los beneficios esperados justifican correr esos riesgos, ello no es siempre así. Existe documentación científica al respecto y el FNR utiliza tablas de “score de riesgo” que se aplican en los centros de referencia internacional.

El proceso de toma de decisiones para la autorización de cobertura, en base a la calidad de la indicaciones, constituye hoy en día uno de los mejores ejemplos de “gestión clínica” que existen en el país.

I.5. NUMERO Y DISTRIBUCIÓN DE LOS IMAE

El paciente, como se ha mencionado, tiene derecho a elegir el IMAE en donde se realizará el procedimiento con cobertura del FNR, con independencia de la institución pública o privada donde se asiste. Esa voluntad debe quedar establecida en un documento de “consentimiento informado”.

AÑO	N° TOTAL	ADSCRIPCION		UBICACIÓN	
		Pública	Privada	Montevideo	Interior
1990	28	3	25	19	9
1994	54	5	49	38	16
1996	96	11	85	75	21
1998	98	11	87	77	21
2001	102	11	91	80	22
2003	112	14	98	89	23
2005	116	15	101	91	25

Los IMAE se ubican en diferentes instituciones de salud del sector público o privado, o bien funcionan como centros independientes. En el cuadro anterior se muestra la evolución del número de IMAE entre 1990 y 2005, discriminándose según su adscripción institucional y su localización.

I.6. MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO

La cobertura económica de estos actos se realiza con fondos provenientes de:

- el reintegro del Ministerio de Economía y Finanzas por los actos médicos realizados a pacientes con cobertura a través del Ministerio de Salud Pública – Administración de Servicios de Salud del Estado;
- el aporte de los entes autónomos, servicios descentralizados y de las administraciones departamentales para cubrir la atención de aquellas personas cuya asistencia esté directamente a su cargo;
- el aporte de las instituciones de asistencia médica colectiva y otros seguros asistenciales, que transfieren el aporte mensual de sus afiliados;
- el aporte del Banco de Previsión Social por todos los afiliados a las IAMC a través de la seguridad social;
- el reintegro del Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas por los actos médicos realizados a sus beneficiarios, de acuerdo a un convenio firmado en el año 2003;

- el reintegro del Banco de Previsión Social por los actos médicos realizados a pacientes con patologías congénitas que se encuentran bajo su cobertura, de acuerdo a un convenio firmado en el año 2003;
- el aporte por afiliación directa, de las personas que deseen contratar individualmente un seguro para estas prestaciones;
- el producido del gravamen de un 5% sobre los premios a abonar por los aciertos producidos en el juego denominado “Cinco de Oro” (Pozo de Oro y Pozo de Plata);
- el producido de un gravamen del 20% aplicado a los juegos de azar, en los que se participa a través de llamadas al 0900.

Actualmente, los recursos con que cuenta el FNR se pueden utilizar indistintamente para financiar la asistencia en el país o en el exterior.

En el caso de asistencia en el exterior se realiza un estudio de la situación patrimonial y de ingresos del núcleo familiar del paciente, a partir del cual se establece si tienen obligación o no de cubrir un porcentaje del costo.

I.7. ESTRUCTURA DE DIRECCIÓN

El FNR es administrado por una Comisión Honoraria Administradora que está compuesta por nueve miembros que representan al sector público y al sector privado, de la siguiente forma:

- un Presidente, que es el Ministro de Salud Pública o quien lo represente;
- otros dos representantes del MSP;
- un representante del Ministerio de Economía y Finanzas;
- un representante del BPS;
- tres representantes de las instituciones de asistencia médica colectiva, o sus asociaciones de segundo grado, seleccionadas en base al número de afiliados que representan;
- un representante de los IMAE.

Los servicios técnico-administrativos del FNR que dan cumplimiento a las disposiciones de la Comisión Honoraria Administradora para el cumplimiento de los fines del organismo, están encabezadas por un Director General, del cual dependen una Dirección Técnico Médica y una Dirección Administrativa, que tienen a su cargo la estructura funcional. El Director General cuenta, además, con profesionales que le asesoran directamente.

La Asesoría Letrada del FNR depende directamente de la Comisión Honoraria, aunque trabaja en estrecha relación con los servicios del organismo.

La Dirección Técnico Médica tiene a su cargo diversas funciones y áreas:

- autorización de cobertura de actos médicos,

- control de realización de actos médicos,
- vigilancia de complicaciones y control de infecciones,
- evaluación de resultados y análisis estadísticos,
- programas de prevención de factores de riesgo,
- determinación de protocolos, tasas de utilización y costos,
- actividades de capacitación internas y externas.

Para el cumplimiento de estos programas, la Dirección Técnico Médica cuenta con un grupo de especialistas médicos, enfermeras profesionales, nutricionistas, asistentes sociales, técnicos en registros médicos y personal administrativo. El departamento de registros médicos tiene a su cargo el sistema de información de actos médicos y la publicación de estadísticas.

La Dirección Administrativa tiene a su cargo diversas funciones y áreas:

- control y auditoría de los aportes,
- presupuesto y balance anual,
- autorización de pagos,
- estudios de costos basados en las funciones de producción de los actos médicos,
- asesoramiento para la negociación de aranceles,
- desarrollo informático,
- secretaría y servicios.

El FNR cuenta con una unidad administrativa que tiene a su cargo los registros de personal y las adquisiciones. Una comisión de compras, designada por la Comisión Honoraria Administradora, es responsable de esa área.

A todo el personal del FNR se le exige una vez al año la presentación de una declaración jurada de incompatibilidades, en la que deben detallar sus actividades profesionales y laborales y las de sus familiares directos. El mismo requisito se aplica a los integrantes de los grupos de segunda opinión médica, ateneos, comisiones técnico médicas, etc.

MARCO NORMATIVO - DERECHO DE LOS PACIENTES

II.1. FNR, PERSONA PUBLICA NO ESTATAL

Participa de esta naturaleza jurídica desde que se constituyó como figura legal, que cumple fines públicos o de interés público, se nutre de aportes económicos públicos y privados y es co-gobernada por representantes de ambos sectores, procedentes de entidades relacionadas con el funcionamiento del sistema.

El FNR funciona desde el 1° de diciembre de 1980, y ha sido regulado originariamente por el Decreto – Ley N° 14.897 y su Decreto Reglamentario

N° 64/80. Posteriormente, se dictó el Decreto – Ley N° 15.617 y su Decreto Reglamentario 547/984, por los que expresamente se definió al mismo como una persona pública no estatal, y se incorporó al órgano directriz a un representante de los IMAE.

El sistema entró parcialmente en funcionamiento el 1° de diciembre de 1980, cubriéndose la totalidad de actos médicos referidos en su reglamentación inicial, desde el 1° de enero de 1981.

En la actualidad, el sistema se encuentra básicamente regulado por la Ley N° 16.343 y su Decreto Reglamentario N° 358/993.

A estas normas se han agregado otras, que seguidamente se enumeran, las cuales no han introducido modificaciones sustanciales al sistema sino que han efectuado regulaciones puntuales sobre determinados aspectos del mismo.

La Ley N° 16.343 y sus normas complementarias establecen la creación e integración del sistema, la naturaleza jurídica de la Comisión Honoraria Administradora que lo dirige, así como las definiciones de IMAE y el propio concepto de medicina altamente especializada, y se hace una clasificación entre IMAE públicos y privados, tomando como base la naturaleza jurídica de sus titulares.

La normativa aprobada en los años 1992 y 1993 introdujo variaciones de sustancia en el funcionamiento del sistema, contándose entre las más destacables, la introducción de la cobertura de cierto tipo de patologías en el exterior del país, la creación de Comisiones Técnico-Médicas, de una Comisión Técnica Asesora y la modificación en la integración de la Comisión Honoraria Administradora.

De acuerdo con la normativa vigente existen dos grandes sistemas de cobertura asistidos por el FNR: el referido a los actos médicos que se cubren dentro del país y los actos cuya realización se cubre financieramente en el exterior.

El listado de actos cubiertos dentro del país puede ser ampliado, reducido o modificado por resolución fundada por la Comisión Honoraria Administradora. A partir de la Ley de Presupuesto N° 17.930 del 19/12/05, también puede incluirse la cobertura de medicamentos.

Para la inclusión de nuevas afecciones e introducción de otras técnicas a la cobertura, la Comisión Honoraria debe requerir el asesoramiento de una Comisión Técnica Asesora, sin perjuicio que su dictamen reviste carácter de preceptivo, esto es, imprescindible en su emisión, pero no vinculante, puesto que la Comisión Honoraria Administradora puede apartarse del mismo por razones fundadas.

En el año 1996 se fijó la obligación de aporte al sistema de los Seguros Parciales de asistencia médica y quirúrgica.

El otro grupo de actos médicos incorporados a la cobertura del FNR son los que deben cubrirse en el exterior del país. Esta asistencia se rige por normas propias y diferentes de las que regulan la asistencia a nivel nacional.

La Comisión Honoraria Administradora se encuentra facultada para brindar cobertura en el exterior del país, a todas aquellas peticiones para el tratamiento de patologías potencialmente reversibles, que no pueden tratarse a nivel nacional por carecerse de recursos y que cuenten en el exterior con procedimientos de tratamiento de reconocida solvencia científica.

Esta cobertura está limitada a beneficiarios radicados en el país, al igual que los actos médicos cubiertos dentro de fronteras, además está condicionada según sea la situación económico patrimonial del paciente y su grupo familiar, dependiendo de la cual podrá no cubrirse el acto o cubrirse parcialmente.

Vinculadas con el sistema funcionan determinadas Comisiones.

Una de ellas es la Comisión Técnica Asesora la que, si bien se desempeña en la órbita del Ministerio de Salud Pública, tiene una vinculación directa con la actividad del FNR.

Son sus cometidos: 1) el asesoramiento preceptivo en todos los casos de introducción y desarrollo de nuevas técnicas y tecnologías de alto costo y complejidad a cargo del FNR y 2) la evaluación de la calidad de las acciones de atención médica que se realiza en los IMAE.

Se recuerda que para las decisiones de la Comisión Honoraria Administradora los dictámenes de la Comisión Técnica Asesora son preceptivos pero no vinculantes.

El otro grupo de Comisiones que trabajan en vinculación con el FNR, son las Comisiones Técnico Médicas, cuya creación y funcionamiento se relaciona con la cobertura financiera para actos médicos a ser realizados en el exterior del país.

Estas Comisiones se integran puntualmente para el análisis de las solicitudes específicas de distintos tipos de cobertura, integración que está justificada por la diversidad de las solicitudes que pueden presentarse y la necesidad que sean técnicos especialistas en el tema a analizar.

Estas Comisiones se expiden con carácter preceptivo, es decir que la consulta a las mismas es obligatoria y vinculante, es decir, que la Comisión Honoraria no puede apartarse de su dictamen. Informan sobre la procedencia o no del tratamiento solicitado en el exterior del país.

Para las coberturas en el exterior, se han gestionado convenios con centros sanitarios de otros países, que aseguren niveles de calidad y una adecuada atención al paciente.

Existe prevista en la normativa legal la posibilidad de promover acuerdos de integración y complementación regionales que permitan, cuando se considera necesario, su desarrollo en el país.

Las normas fijan también controles respecto de los IMAE, deberes y responsabilidades funcionales de quienes integran el cuerpo directivo y de los funcionarios y contralores que se aplican externamente al propio FNR.

Existe un sistema recursivo que puede entablarse contra las resoluciones emanadas del organismo, que adopta la fórmula generalmente aplicada a las resoluciones de las personas de derecho público no estatal.

II.2. DERECHOS DE LOS PACIENTES

El FNR ha tomado especial cuidado en la preservación de los derechos de los pacientes, ya que los mismos forman parte de aquellos derechos que son inherentes a la persona humana.

El derecho a la vida, la salud y a la seguridad se encuentran expresamente reconocidos por los artículos 7 y 72 de la Constitución de la República.

Atendiendo a dichos derechos se han instrumentado una serie de actividades y programas tendientes a su efectiva defensa y materialización práctica.

El FNR cuenta con un sistema de comunicación permanente con los pacientes. Esta comunicación tiene varios fines:

- informar los derechos que les corresponden, conocer los motivos de la intervención que se le va a realizar, sus alternativas, los riesgos, etc., el derecho a elegir IMAE donde prefiere ser tratado, derecho a conocer el resultado del procedimiento realizado, entre otros;
- recoger su opinión sobre la forma en que fue atendido en el IMAE, su evolución y la existencia de complicaciones;
- en los casos de actos de coordinación, los pacientes son convocados para participar en presentaciones grupales en las que se les informa en que consiste el tratamiento que recibirán y las conductas más apropiadas para evitar complicaciones; cuando deben integrar listas de espera, se aprovecha para que el paciente llegue al acto quirúrgico más informado y en mejores condiciones;
- todas las veces en que el FNR no autoriza la cobertura de un procedimiento, se le informa directamente al paciente a través de un médico que le explica los fundamentos.

Pero tal vez el sello distintivo de la acción del FNR en esta área ha sido su permanente apertura a la escucha atenta y la recepción de planteos formulados por los usuarios de los servicios que financia. El FNR no duda en generar instancias de investigación, todas las veces que los temas presentados por los pacientes lo justifican. La investigación técnica

independiente es la base de su accionar en esta área y todas las veces que las conclusiones lo ameritan, son trasladados a los ámbitos pertinentes.

El FNR recorre este camino porque entiende que su función no se agota en administrar los recursos. Su función de control y evaluación de resultados se basa también en la defensa de los derechos de los pacientes.

II.3. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Uno de los instrumentos más representativos de la defensa de los derechos de los pacientes se materializa a través del consentimiento informado.

El consentimiento informado se inscribe dentro del deber general de informar al paciente, manteniéndolo en conocimiento de su situación, de las alternativas de su tratamiento, de las opciones, así como de los riesgos, beneficios y eventuales daños que cada acción conlleva.

Se trata, por lo tanto, de un deber jurídico pero primordialmente de un deber ético.

Identificado con este enfoque, el FNR ha instrumentado un sistema de constatación de los consentimientos informados de los pacientes que se asisten con cobertura financiera dentro del sistema, de modo de informar a los pacientes y según las circunstancias, a sus familiares más directos, sobre las ventajas e inconvenientes de ciertos tratamientos para que, con conocimiento de causa, sea libre de adoptar decisiones sobre las opciones que plantea el médico.

En el plano jurídico estrictamente, no cumplir con el deber de lograr el previo consentimiento informado del paciente equivale a que se ha incumplido el contrato, con la consiguiente responsabilidad materializada en una condena de índole económica. Aún cuando la operación se ejecute en estricto cumplimiento de las reglas, la falta de consentimiento informado previo constituye una falta de responsabilidad.

Sin desconocer la importancia de lo señalado, para el FNR poner el acento en una práctica constante y clara del consentimiento informado es una forma de fortalecer la relación médico paciente y favorecer la libre determinación del paciente, con una comunicación transparente y una información lo más completa posible.

La libertad es uno de los derechos fundamentales del ser humano y se encuentra consagrada en la Constitución de la República y es en ejercicio de ese derecho, que el individuo enfermo toma determinaciones libremente sobre su propia persona física y también espiritual.

El consentimiento informado debe estar acompañado del buen llenado de un documento de la más antigua data en la medicina: la historia clínica. Ambos

elementos constituyen la base sustantiva de la información referida al paciente.

FUNCIONAMIENTO Y ACTIVIDADES

III.1. TÉCNICAS CUBIERTAS

III.1.1. Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Crónica Ambulatoria

La hemodiálisis y la diálisis peritoneal son dos técnicas alternativas que permiten a los pacientes con insuficiencia renal terminal, no sólo prolongar su vida significativamente sino, además obtener una buena calidad de vida. Si bien existe acuerdo en que en la mayoría de los casos se debería acceder a un trasplante renal, que permita al paciente prescindir de estos tratamientos, no siempre se cuenta con donantes suficientes.

La hemodiálisis consiste en la conexión periódica del paciente a una máquina (tradicionalmente conocido como "riñón artificial") que hace circular la sangre por un sistema de membranas en las cuales se realiza el intercambio y depuración que normalmente debería realizar el riñón.

La diálisis peritoneal crónica ambulatoria es una técnica basada en el mismo principio de exponer periódicamente la sangre del paciente a una superficie de intercambio que sustituya la función renal. En este caso, no se hace mediante una máquina sino a través de un catéter (dispositivo similar a una sonda) al que se conectan bolsas con solución de diálisis. En la diálisis peritoneal la superficie de intercambio es una estructura anatómica del propio paciente denominada peritoneo.

Hasta diciembre de 2005 se encontraban en Uruguay 2.404 pacientes en diálisis, tratados con cobertura del FNR, en 38 IMAE de hemodiálisis y 5 en diálisis peritoneal crónica ambulatoria.

Desde el punto de vista económico, el gasto en diálisis representa un 32,5% de los egresos del FNR.

III.1.2. Estudios Hemodinámicos, Angioplastias Transcoronarias y Cirugías Cardíacas

Los procedimientos vinculados al tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, tanto congénitas como adquiridas, también constituyen un grupo relevante de técnicas que son financiadas por el FNR.

Los estudios hemodinámicos permiten visualizar el aparato circulatorio mediante la inyección de sustancias de contraste en la sangre. De esta forma se observa (y se registra en imágenes inicialmente radiológicas y actualmente digitales) la circulación sanguínea, tanto a nivel de las cámaras

del corazón y los grandes vasos como a nivel de las coronarias (vasos sanguíneos que irrigan la pared del corazón).

A partir del diagnóstico realizado mediante estas imágenes, se debe seleccionar un plan de tratamiento. Esta instancia es uno de los puntos habitualmente críticos de la toma de decisiones en el FNR.

Buena parte de los casos estudiados son orientados a tratamientos médicos no intervencionistas, con los que es posible obtener excelentes resultados sin exponer al paciente a los riesgos de técnicas invasivas. Sin embargo, en algunos casos se requiere intervenir.

En las malformaciones congénitas puede ser necesaria una intervención paliativa y /o correctiva. El FNR otorga cobertura a los cateterismos terapéuticos y a la cirugía. Los primeros son una prolongación del estudio hemodinámico y permiten, utilizando la misma vía de acceso con la que se inyectó la sustancia de contraste, realizar canalizaciones o cierres mediante dispositivos. En el caso de la cirugía, se trata de una intervención sobre el tórax del paciente incluyendo, en algunos casos, el uso de circulación extracorpórea.

Si las patologías de los adultos no pueden ser resueltas mediante tratamiento médico no invasivo, pueden requerir técnicas intervencionistas. También en este caso existe una alternativa de prolongación del estudio hemodinámico en el cual, con el mecanismo ya descrito, es posible acceder al lugar donde se encuentra la lesión coronaria o valvular mediante la misma vía de acceso intravascular. Esta técnica es conocida como angioplastia o valvuloplastia según donde se aplique. En otros casos, el tipo de lesión orienta a realizar cirugía para restituir la circulación coronaria afectada, construyendo un "bypass" o "puente", utilizando vasos alternativos. La cirugía también es necesaria cuando se requiere sustituir las válvulas lesionadas mediante el implante de un dispositivo.

En 2005 se hicieron con cobertura del FNR 3.210 estudios hemodinámicos de adultos, 134 de niños, 2.682 angioplastias, 119 cateterismos terapéuticos, 1.859 cirugías cardíacas de adultos y 208 de niños.

Estas técnicas en conjunto representan un 34,6% de los egresos del Fondo.

III.1.3. Implante de Marcapasos y Cardiodesfibriladores

Son dos técnicas vinculadas a trastornos específicos del ritmo cardíaco.

El marcapasos implantable es un dispositivo electrónico destinado al tratamiento de enfermedades que determinan que la frecuencia cardíaca caiga a niveles muy bajos, dificultando las actividades normales de la vida y poniéndola en riesgo. Mediante la descarga de estímulos eléctricos programados sobre el músculo cardíaco, permite regular en forma estable su actividad contráctil.

En el año 2005 se realizaron 1.610 procedimientos de implante y recambio de marcapasos.

El cardiodesfibrilador es un dispositivo implantable destinado al tratamiento de cierto tipo de arritmias que ocasionan paro cardíaco. De hecho, se destina a personas que han padecido un síncope o muerte súbita de origen arrítmico y que han sido reanimadas. A efectos de evitar la reiteración de estos cuadros, una vez que se ha confirmado la naturaleza de la enfermedad y cuando se demuestra que se pueden esperar beneficios con esta técnica, se implanta un cardiodesfibrilador cuya descarga logra en cierto número de casos revertir la situación.

En 2005 los actos relativos a cardiodesfibriladores fueron 70, de los cuales 39 fueron nuevos implantes. El resto fueron recambios de dispositivos ya implantados.

En conjunto, el implante de marcapasos y cardiodesfibriladores representa el 5,8% del presupuesto del FNR.

III.1.4. Trasplantes

La cobertura financiera de los trasplantes por parte del FNR constituye un apoyo muy importante a la tarea que desarrolla el Instituto Nacional de Donación y Trasplantes de Células, Tejidos y Organos (INDT), que es el organismo que a nivel nacional tiene la responsabilidad rectora sobre el tema.

La correcta articulación técnica y administrativa entre ambas instituciones ha permitido el desarrollo de programas de trasplante gracias a los cuales el país cuenta hoy con una posición destacada en la región. Mediante el financiamiento del FNR, toda la población accede en condiciones equitativas a trasplantes renales, renopancreáticos, cardíacos y de médula ósea, que se realizan en el país. De igual modo, pueden acceder a trasplantes pulmonares y hepáticos que se realizan en el exterior, a través de convenios del FNR con centros de la Argentina.

Los pacientes que se encuentran en lista de espera de trasplante o que ya han accedido a él cuentan con un seguimiento cuya cobertura está a cargo del FNR. Este seguimiento requiere del uso de medicamentos inmunomoduladores. En algunos casos, los pacientes retiran los medicamentos (que forman parte del acto médico cubierto) en su institución de asistencia o en el FNR.

En 2005 se han realizado 7 trasplantes cardíacos de adultos, 1 de niños, 95 trasplantes de médula ósea, 115 renales y 10 hepáticos. No se hicieron trasplantes pulmonares este año.

El conjunto de los trasplantes, incluyendo los que se realizan en el país y en el exterior, representan el 10,8% de los egresos del FNR.

III.1.5. Tratamientos de Grandes Quemados

Las personas que padecen de quemaduras severas como consecuencias de accidentes requieren una atención especializada, en virtud del grave riesgo para su vida así como por las importantes secuelas que pueden producirse. El paciente quemado grave es un paciente crítico que requiere la atención de un equipo interdisciplinario desde el momento del ingreso, e incluso después de obtener el alta. Por ese motivo, desde la creación del Centro Nacional de Quemados (CENAQUE) este tipo de tratamientos ha sido colocado bajo cobertura del FNR.

El tratamiento varía según las condiciones de cada paciente, lo que puede significar internaciones más o menos prolongadas en diversos niveles asistenciales. El FNR otorga cobertura para las etapas de asistencia en áreas críticas. Todos los pacientes son visitados diariamente por un médico evaluador, que realiza el seguimiento y evita la prolongación injustificada de las internaciones. Si en base a la normativa vigente el paciente no se encuentra en esa situación, se puede mantener la internación pero no con cargo del FNR.

En el caso de los niños, el FNR cubre también determinados dispositivos utilizados para la prevención y tratamiento de las secuelas de quemaduras, atendiendo a las importantes repercusiones sociales, estéticas y funcionales que tiene esta patología.

Se trataron 140 pacientes quemados adultos y 42 niños en el año 2005.

Esta técnica representa un 1,9% de los egresos del FNR.

III.1.6. Artoplastia de Cadera y de Rodilla (Prótesis)

Desde su creación, el FNR ha mantenido dentro de su cobertura el implante de prótesis de cadera, tanto en los casos de artrosis como de fractura. Posteriormente, se ha incluido también las prótesis de rodilla.

Las fracturas de cadera constituyen situaciones cuya gravedad reside especialmente en la necesidad de movilizar al paciente cuanto antes, a fin de evitar el deterioro de sus condiciones generales. Por ese motivo, el FNR ha ido estableciendo plazos máximos que pueden transcurrir entre la fractura y la cirugía, con la intención de acelerar los trámites de coordinación quirúrgica. Actualmente, ese límite se encuentra en seis días. Merced a este esfuerzo se ha obtenido la reducción de una demora injustificada y perjudicial que había llegado a ser de catorce días. Sin embargo, la situación dista de ser satisfactoria. La literatura coincide en que estos pacientes deberían recibir su prótesis u otra intervención para asegurar su movilidad, en un plazo de horas. La existencia de un número limitado de centros para realizar este tipo de cirugía constituye un problema que deberá ser encarado.

En el caso de las prótesis por artrosis (ya sea de cadera o de rodilla) la situación es precisamente la contraria. No es conveniente intervenir de urgencia ya que se trata de patologías crónicas, degenerativas, fuertemente vinculadas al estilo de vida y en muchos casos no tratadas correctamente y a tiempo. En estas circunstancias, el FNR realiza un esfuerzo diferente, tratando de que el paciente reciba antes de la cirugía el tratamiento higiénico-dietético indispensable para el éxito de la intervención. En caso contrario, las afecciones crónicas que padece pueden aumentar significativamente el riesgo de complicaciones e incluso provocar el fracaso de la operación. Con esa finalidad, el FNR ha creado un sistema de espera que permite poner en marcha acciones de prevención y tratamiento de la obesidad, el tabaquismo, controlar la diabetes, etc.

Diversos estudios de seguimiento realizados por el FNR en los cuales se comprobaron niveles preocupantes de complicaciones inmediatas y alejadas, vinculadas al mal tratamiento de dichos factores de riesgo, son el sostén de esta política.

Las prótesis de cadera con cobertura del FNR en el 2005 fueron 2.027 y las de rodilla 773.

El 6,3% de los egresos del FNR se destinan a actos de prótesis.

III.1.7. Implante coclear

El implante coclear consiste en la colocación de un dispositivo que sustituye al oído interno, permitiendo suplantar la función auditiva en los casos de pacientes con sordera neurosensorial. El FNR se hace cargo del costo del dispositivo en niños que son tratados antes del ingreso escolar.

Esta técnica aplicada en forma oportuna tiene un alto impacto social al permitir la rehabilitación del paciente incluyendo su inserción educativa y laboral. Actualmente, los actos quirúrgicos se llevan a cabo en un centro privado y en el Hospital Pereira Rossell.

En virtud de la importancia que tiene en este caso la adhesión del paciente y sus familiares a un programa de rehabilitación sin interrupciones, el FNR desarrolla acciones de apoyo a la asociación de padres con el equipo técnico, para mejorar los resultados de largo plazo.

En 2005 se implantaron 15 pacientes.

El costo de esta técnica significa el 0,3% de los egresos.

III.1.8. Litotricia de la Vía Urinaria

Más del 90% de los pacientes con cálculos renales son de tratamiento médico, lo que incluye un conjunto de indicaciones para la modificación de los hábitos higiénico-dietéticos, así como el uso de algunos medicamentos, medidas que facilitan la eliminación espontánea de los mismos. Sin embargo,

existen algunos cálculos que por su topografía, tamaño y repercusiones requieren de otros procedimientos para su remoción. De ellos la litotricia extracorpórea, la litotricia percutánea y la extracción endourológica han contado anteriormente con financiación del FNR.

En junio de 2006 el FNR dispuso excluirlas de su cobertura entendiendo que no constituían medicina altamente especializada, de acuerdo al dictamen de varias auditorías. Al mismo tiempo, el Ministerio de Salud Pública dispuso que debían ser asumidas con carácter obligatorio por parte de la asistencia médica pública y privada, de manera de asegurar que estuviesen disponibles para los pacientes cuando las requiriesen.

En el año 2005 se hicieron 1.190 tratamientos de litotricia con cobertura del FNR, de los cuales 773 correspondieron a extracorpórea y 417 a endourológica.

Hasta el momento de ser retirada de la cobertura, la litotricia significaba el 1,3% de los egresos del FNR.

III.1.9. Actos Médicos Cubiertos en el Exterior

Como se ha explicado anteriormente, existen algunas técnicas que, en virtud del bajo número de actos o por escaso desarrollo de la tecnología a nivel local, no se realizan en nuestro país. El FNR cuenta entre sus responsabilidades financiar estos tratamientos cuando la patología se encuentra dentro de un listado revisado periódicamente, de acuerdo a las normas legales.

Los actos que actualmente se cubren en el exterior son los siguientes: trasplantes hepático, trasplante pulmonar y algunos casos muy excepcionales de cardiopatías congénitas.

Hasta el mes de junio de 2006 se otorgan también cobertura en el exterior para técnicas de radioneurocirugía estereotáxica. En agosto de 2004, el Ministerio de Salud Pública había aprobado la habilitación de un centro para realizar esta técnica en el país. En aquel mismo momento, antes de tomar resolución al respecto, el FNR contrató una evaluación externa que formuló algunas recomendaciones. En junio de 2006, una vez que el centro de referencia acreditó haber dado cumplimiento a las mismas, el FNR consideró que no existían motivos para continuar enviando los pacientes al exterior, por lo cual no se justificaba mantener la técnica bajo su cobertura. Simultáneamente, el Ministerio de Salud Pública dispuso la obligatoriedad de cubrir la radioneurocirugía por acelerador lineal para todas las instituciones de salud públicas y privadas.

Los trasplantes hepáticos y pulmonares son realizados mediante convenios con instituciones de Argentina y las excepcionales cirugías cardíacas por enfermedad congénita son derivados a un centro en San Pablo.

Para autorizar la cobertura financiera de un tratamiento en el exterior del país es necesaria la participación de una Comisión Técnico Médica que evalúa la pertinencia de cada solicitud.

En 2005 se hicieron 10 trasplantes hepáticos con cobertura financiera del FNR. No se realizaron trasplantes pulmonares. En el mismo año los tratamientos de radiocirugía fueron 34.

La cobertura de actos en el exterior representó un 1,1% de los egresos del FNR en el período analizado.

III.2. LA AUTORIZACIÓN DE COBERTURA

El FNR ha implementado un proceso estricto de controles con la finalidad de mejorar y fortalecer el proceso de toma de decisiones previo a otorgar cobertura financiera a un acto médico. Debe tenerse en cuenta que en todos los casos se trata de procedimientos invasivos no exentos de riesgos para los pacientes, motivo por el cual es imprescindible realizar caso a caso un análisis de riesgo-beneficio.

La finalidad de este proceso de autorización es procurar que las indicaciones se ajusten a la evidencia científica, sean oportunas, que tengan en cuenta la calidad de vida de los pacientes y la evaluación de riesgos. Eso se lleva a cabo a través de diversas etapas.

La evaluación previa permite tener un asesoramiento respecto a la indicación realizada y su oportunidad, las condiciones generales del paciente y su calidad de vida. Los programas de prevención y control de factores de riesgo colaboran para abatir riesgos elevados de complicaciones vinculadas sobre todo tabaquismo, diabetes y obesidad.

Luego que la autorización es emitida, se la envía al IMAE seleccionado por el paciente para que éste de cumplimiento al acto médico. Realizado el mismo, una vez otorgada el alta, el IMAE remite al FNR un informe de realización que es también sometido a un control médico, en el que se basan los pagos a los IMAE y a los proveedores. También en estas circunstancias los pacientes pueden ser incorporados a programas de seguimiento y prevención secundaria, destinados a evitar la reiteración de intervenciones.

III.3. EL CONTROL DE DOCUMENTACIÓN DE ACTOS YA REALIZADOS

Una vez otorgada el alta a un paciente tratado con autorización del FNR, el IMAE envía documentación en base a la cual se lleva a cabo el control de realización de actos médicos.

Dicha documentación consiste en:

- formularios pre codificados correspondientes al acto médico realizado; estos pueden enviarse en formato papel o por vía electrónica, para lo cual existe un sistema de acceso remoto;
- resumen de alta, documentación de los estudios y análisis realizados y copia de comunicaciones cursadas a los médicos tratantes;
- en el caso de los estudios hemodinámicos y angioplastias se deben enviar también los registros gráficos.

Esa documentación es recibida por Registros Médicos, que la vuelca al sistema informático si llegó en formato papel y revisa posibles inconsistencias si llegó en formato electrónico.

Una vez que se ha completado el volcado o la revisión de los datos enviados por el IMAE, el sistema deriva cada acto al control médico. Se cuenta con dos médicos dedicados a esta tarea cuya función es revisar caso a caso la documentación enviada, evaluar las condiciones en que se realizó el acto, comparar con los datos médicos informados en el momento en que se solicitó autorización, comparar con lo informado por los proveedores de dispositivos y, si se entiende necesario, elevar alguno de los casos a consideración de un ateneo o de evaluadores externos. La actuación del control médico culmina con la habilitación del pago, en el cual pueden introducirse o no algunos descuentos. Una vez habilitado el pago, el sistema lo deriva a la Administración a esos efectos.

Los médicos del FNR que tienen a su cargo el control de los actos ya realizados asumen también la atención de los pacientes que desean formular denuncias o quejas sobre la atención referida.

III.4. PROGRAMAS DE CONTROL DE FACTORES DE RIESGO

Uno de los cambios más notorios en la gestión del FNR se produjo con la puesta en funcionamiento de programas de prevención y control de factores de riesgo, lo que constituye un paso hacia la implantación de un nuevo modelo de atención.

Con participación de especialistas en investigación cualitativa, el FNR convocó a grupos de pacientes para identificar las fortalezas y debilidades del sistema desde su perspectiva.

Este material, que se encuentra registrado, permitió establecer los que pacientes experimentaban un “quiebre” entre los actos médicos cubiertos por el FNR y el proceso asistencial posterior. En opinión de los propios pacientes, el sistema les facilitaba la obtención de los más complejo y costoso pero no lograba solucionar las necesidades posteriores, como por ejemplo: dificultades para el acceso a la medicación, falta de continuidad en la consulta médica, ausencia de respaldo profesional para modificar ciertos factores de riesgo, etc.

Como respuesta a este problema, el FNR dispuso poner en marcha un conjunto de programas dirigidos a atender esas dificultades. Estas acciones

comenzaron siendo de prevención secundaria, en virtud de que se orientaron a pacientes que ya habían requerido tratamiento, pero luego incluyeron también actividades de prevención primaria y difusión de hábitos saludables en las áreas de responsabilidad del FNR.

La experiencia realizada por el FNR puso en evidencia la viabilidad práctica y económica de poner en marcha este cambio en el modelo de atención. Al día de hoy, los números demuestran la efectividad de las acciones y el costo de los programas es notoriamente menor que los gastos asistenciales que se evitan.

Los programas implementados son los siguientes:

- Control y abatimiento de los factores de riesgo de enfermedad vascular arterioesclerótica, en los pacientes coronarios que ya fueron tratados bajo cobertura del FNR;
- Programa de detección de complicaciones y malos resultados en los actos cubiertos por el FNR, en el área cardiovascular y traumatológica;
- Programa de vigilancia de reacciones pirogénicas y otras complicaciones en pacientes cubiertos en tratamiento de hemodiálisis;
- Control de la programación de marcapasos implantados y de la situación en que se encuentran los dispositivos para cuyo recambio se solicita cobertura financiera;
- Control de la actividad de cardiodesfibriladores implantados y pertinencia de los recambios;
- Tratamiento para el cese de la adicción al tabaquismo en pacientes que ya fueron tratados bajo cobertura del FNR o aguardan una autorización de cobertura;
- Control y abatimiento de los factores de riesgo nutricional demostrados en pacientes que aguardan una autorización de cobertura para tratamiento quirúrgico;
- Abatimiento del riesgo de complicaciones infecciosas en pacientes que se encuentran bajo cobertura del FNR, mediante programas de vacunación.

III.5. PROGRAMAS DE PROMOCION, EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD

En el contexto de una nueva gestión que busca la sustentabilidad del sistema en base a equidad y calidad, se percibe como imprescindible que el FNR no permanezca en una actitud pasiva frente a los riesgos vinculados a los procedimientos que cubre. Es decir, que el FNR no debe limitarse a esperar que los pacientes lleguen a situaciones críticas para suministrarles actos médicos de alto costo.

En primer término, se implementaron programas de prevención secundaria, entendiendo por tales aquellos dirigidos a abatir los factores de riesgo en personas que ya tienen una enfermedad en curso, procurando enlentecer su evolución y mejorar su pronóstico.

Posteriormente, el FNR incorporó también programas de prevención primaria, es decir acciones dirigidas a personas que todavía no han tenido síntomas de enfermedad.

En este sentido se destacan el programa de apoyo para el cese de la adicción al tabaco a la población en general y el control y seguimiento del daño renal en pacientes en riesgo de ingreso a tratamiento dialítico.

III.6. SEGUIMIENTO DE RESULTADOS ALEJADOS DE LOS ACTOS MEDICOS

Además de las actividades de promoción, prevención y control ya descritas, el FNR lleva a cabo un programa sistemático de evaluación de resultados alejados, mediante trabajos de seguimiento. Estos estudios se realizan en forma aperiódica sobre las diversas técnicas cubiertas y mediante la aplicación de instrumentos estadísticos que permiten comparar los resultados que se obtienen en Uruguay con los de otros países y los resultados de los IMAE entre sí.

III.7. ACTIVIDADES DE DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO

El conjunto de actividades innovativas que puesto en marcha el FNR ha requerido, por un lado, promover la capacitación de su propio personal y por otro poner en marcha programas de capacitación hacia el medio.

A esos efectos, se ha dispuesto la creación de una comisión de educación continua cuyo plan de actividades fue puesto a consideración de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, la que concedió al FNR el carácter de Institución Acreditada para Capacitación Profesional Médica Continua.

La capacitación interna ha estado centrada en cursos de metodología, estadística y evaluaciones económicas sanitarias. Se ha puesto énfasis también en el conocimiento y profundización en las técnicas vinculadas al FNR, en particular el desarrollo de sus funciones de producción y costos. A esos efectos varios profesionales del FNR han sido enviados al exterior.

Una importancia especial tiene para el FNR la capacitación en funciones de evaluación y auditoría médica, para lo cual se han cumplido ya dos ediciones de un curso de capacitación dirigido a su propio personal y a los médicos evaluadores.

En lo externo, el FNR cuenta con un curso de control de infecciones con reconocido prestigio en el medio, que ya tiene varias ediciones. En el último

año, se agregó además, un curso sobre la misma temática dirigido a auxiliares de enfermería.

Se han llevado a cabo varias jornadas de capacitación sobre actividades de prevención dirigidas a residentes y médicos generales, con especial énfasis en salud cardiovascular y salud renal.

Se ha tenido una muy importante experiencia en capacitación de profesionales para programas de cesación del tabaquismo.

III.8. PREMIO “PACIENTE SEGURO”

En virtud de la importancia que tiene para el FNR el tema de la calidad y la seguridad de los pacientes, se ha dispuesto la creación de un premio anual a IMAES o equipos de trabajo que hayan puesto en marcha o desarrollen programas de mejora de la calidad de atención, por medio de prácticas seguras y de prevención de eventos adversos, en los pacientes sometidos a actos financiados por el FNR.

Este premio denominado “Paciente Seguro” ha permitido tomar contacto con varias actividades ya en curso en nuestro medio que merecieron el reconocimiento público.

A través de este programa “Paciente Seguro” el Fondo Nacional de Recursos destaca la importancia de los pasos intermedios hacia la acreditación, como forma de motivar y estimular a los equipos de trabajo de los IMAE.

III.9. METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE COSTO Y DETERMINACION DE ARANCELES

El FNR ha diseñado una nueva matriz para el análisis de los costos, basada en una visión más integral y abarcativa de las diversas actividades que se cumplen en un IMAE. Esto ha permitido comprender mejor las funciones de producción inherentes a cada una de las técnicas financiadas. A partir del análisis de las estructuras logísticas de los diferentes servicios es posible extraer conclusiones respecto a protocolos, número de IMAE y aranceles adecuados para cada técnica, reconociendo una interdependencia entre estos conceptos.

Los estudios han mostrado la importancia que adquiere la fijación de precios para la sustentabilidad económica de estas unidades, que en algunos casos son de un bajo nivel de eficiencia. Esta situación puede generar incentivos hacia la captación de demanda con la finalidad de mejorar la ecuación económica de unidades ineficientes, restándola a otras estructuras competidoras que están más cerca de los niveles de eficiencia.

Tal como sucede con otros sectores de la economía, la optimización en la utilización de los recursos está definida por la consecución de escalas adecuadas de producción. Estas escalas o volúmenes mínimos de actuación de un servicio no sólo generan mayor pericia y especialización de los recursos humanos sino también un mejor aprovechamiento económico de la capacidad instalada y sus servicios de base, esto es, los recursos de naturaleza fija.

No tener en cuenta estos factores en la toma de decisiones genera el riesgo de que los aranceles actúen como un proceso que premia con niveles de rentabilidad relativamente alta, a los IMAE que se ubican en tramos de actividad más eficiente.

Con una determinación administrativa de los aranceles como precio de los actos médicos, la estimación de los costos de los distintos insumos es influenciada por los niveles de eficiencia exigidos a los involucrados en la utilización de los recursos, la cantidad de operadores y el nivel de servicio exigido por los protocolos de pertinencia y oportunidad de los actos.

III.10. COMPRA DE MEDICAMENTOS Y AUTORIZACIÓN DE DISPOSITIVOS

El FNR asegura a los pacientes el suministro oportuno de diversos insumos necesarios para los actos médicos autorizados, a través de diferentes mecanismos.

Ciertos medicamentos, que el paciente debe utilizar como parte de su control de seguimiento, son adquiridos por el FNR mediante mecanismos de compra por llamado público a oferentes.

Los dispositivos, que deben ser puestos a disposición del equipo médico que realiza el acto, son incorporados a la cobertura del Fondo mediante llamados públicos para integrar listas de dispositivos autorizados. En estos casos no se trata de compras dado que no existe un compromiso de uso ni de cantidad, sino que el consumo queda supeditado a las decisiones que adopten los equipos médicos durante los procedimientos.

Como queda dicho, salvo excepciones en las cuales existen precios administrativos fijados por el FNR, en casi todos se realizan llamados para la presentación de ofertas en acto público. Los precios administrativos son pocos y sólo se utiliza este mecanismo para situaciones en las cuales se habían detectado niveles anormalmente altos, respecto a la región.

Como resultado de esta estrategia se han obtenido mejoras muy significativas en todos los casos.