



FONDO NACIONAL  
DE RECURSOS

Medicina Altamente Especializada

***TRATAMIENTO DE ARTRITIS  
REUMATOIDEA  
con Bloqueantes del Factor de  
Necrosis Tumoral(Anti – TNF)***

**NORMATIVA DE COBERTURA**

Realizada: Marzo 2010

Revisada: Octubre 2010

# TRATAMIENTO DE ARTRITIS REUMATOIDEA con Bloqueantes del Factor de Necrosis Tumoral (Anti – TNF)

NORMATIVA DE COBERTURA  
DEL FONDO NACIONAL DE RECURSOS



FONDO NACIONAL  
DE RECURSOS

**MARZO 2010**

Versión actualizada en Octubre 2010

Versión publicable preliminar

Próxima Revisión: 2012

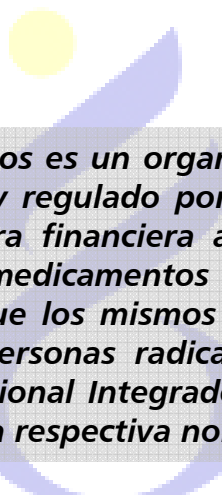
## FNR – Normativa de Cobertura

### TRATAMIENTO DE ARTRITIS REUMATOIDEA con Bloqueantes del Factor de Necrosis Tumoral (Anti – TNF)

El documento se encuentra disponible en: [www.fnr.gub.uy](http://www.fnr.gub.uy)

La normativa incluye:

- Indicaciones con cobertura financiera por el Fondo Nacional de Recursos.
- Información para pacientes acerca del procedimiento, elección de IMAE y formularios de consentimiento.



*El Fondo Nacional de Recursos es un organismo público no estatal creado el 1 de diciembre de 1980 y regulado por la ley 16.343 de diciembre de 1992, que otorga cobertura financiera a procedimientos médicos altamente especializados y a medicamentos de alto costo, de demostrada efectividad, garantizando que los mismos sean accesibles en condiciones de calidad y eficiencia a personas radicadas en el país, con cobertura sanitaria por el Sistema Nacional Integrado de Salud y cuya situación se encuentre comprendida en la respectiva normativa.*

Fondo Nacional de Recursos  
18 de Julio 985, Galería Cristal 4to. Piso  
Tel: 2901 4091 - Fax: 2902 0783  
C.P. 11.100, Montevideo, Uruguay.  
Email: [fnr@fnr.gub.uy](mailto:fnr@fnr.gub.uy)  
[www.fnr.gub.uy](http://www.fnr.gub.uy)

**Técnico Asesor:** Especialista en Reumatología y en Medicina Interna  
Dra. Alicia Ramagli

Fondo Nacional de Recursos, Octubre 2010. Este material puede ser reproducido total o parcialmente con fines de difusión, asistenciales y de capacitación. No se autoriza el uso comercial salvo autorización expresa del organismo.

Para citar esta normativa:

Fondo Nacional de Recursos (FNR): "TRATAMIENTO DE ARTRITIS REUMATOIDEA con Bloqueantes del Factor de Necrosis Tumoral (Anti – TNF)". Montevideo, Uruguay – Fondo Nacional de Recursos, Montevideo. Noviembre 2010



## SUMARIO

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>6</b>
<b>La Artritis Reumatoidea (AR)</b> .....	<b>7</b>
<b>Tratamiento no farmacológico</b> -.....	<b>8</b>
<b>Tratamiento farmacológico</b> .....	<b>8</b>
1. <b>Tratamiento Sintomático:</b> .....	<b>8</b>
2. <b>Tratamiento inductor de remisión de la AR:</b> .....	<b>9</b>
<b>A. INDICACIONES CON COBERTURA DEL FNR</b> .....	<b>12</b>
<b>Tratamiento de la artritis reumatoidea, cuando se cumplen todos los criterios que se detallan a continuación:</b> .....	<b>12</b>
<b>Criterios de inclusión:</b> .....	<b>12</b>
<b>Criterios de exclusión:</b> .....	<b>12</b>
<b>Criterios a ser evaluados en forma individualizada:</b> .....	<b>13</b>
<b>B. PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO</b> .....	<b>13</b>
<b>Objetivo Terapéutico</b> .....	<b>13</b>
<b>C. AUTORIZACIÓN DE COBERTURA DE TRATAMIENTOS</b> .....	<b>14</b>
1. <b>Evaluación técnica de las solicitudes</b> .....	<b>14</b>
2. <b>Requisitos del trámite de autorización</b> .....	<b>14</b>
3. <b>Paraclínica necesaria para la autorización</b> .....	<b>15</b>
<b>D. SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOS TRATAMIENTOS AUTORIZADOS</b> .....	<b>16</b>

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el Fondo Nacional de Recursos (FNR) ha iniciado un proceso de incorporación de medicamentos a su cobertura financiera, que incluyó el tratamiento de patologías oncológicas y no oncológicas en determinadas condiciones que se establecieron en normativas correspondientes. Estas normativas de cobertura son revisadas periódicamente a efectos de adecuarlas a la evolución de la evidencia científica disponible, así como al contexto específico del sistema de salud de nuestro país.

La incorporación de medicamentos a un sistema de cobertura universal, como es el caso del FNR en Uruguay, requiere contar con estrategias bien definidas para el control de las indicaciones y la evaluación de los resultados. La aplicación de esas herramientas permite tomar decisiones fundamentadas, con parámetros objetivos para la cobertura y sostenibles a lo largo del tiempo. De esta forma se establece una relación estrecha entre la calidad, la equidad y la sustentabilidad.

Es fundamental que los médicos tratantes y las instituciones de asistencia conozcan y manejen este marco normativo en el que se basa la cobertura financiera del FNR. El correcto llenado de los formularios y el envío en tiempo y forma de los datos de seguimiento serán requisitos para el inicio y continuidad de los tratamientos.

El marco normativo para el Tratamiento de la Artritis Reumatoide, se elaboró según la metodología general establecida por el FNR que implica el asesoramiento de la Comisión Técnica Asesora, la consulta a expertos en el tema, una revisión bibliográfica de la evidencia disponible y de las recomendaciones nacionales e internacionales y la aprobación final por la Comisión Honoraria Administradora del FNR.

La legislación dispone que corresponde a la Comisión Honoraria Administradora fijar el listado de afecciones, técnicas y medicamentos que estarán bajo la cobertura financiera del FNR. Para la inclusión de nuevas prestaciones, el mismo texto legal establece necesario el asesoramiento previo de una Comisión Técnica Asesora. La misma está integrada por representantes del Ministerio de Salud Pública, de la Facultad de Medicina, del Cuerpo Médico Nacional y del FNR.

## La Artritis Reumatoidea (AR)

La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad sistémica autoinmune, caracterizada por provocar inflamación crónica principalmente de las articulaciones, que produce destrucción progresiva con distintos grados de deformidad e incapacidad funcional.

No es simplemente una enfermedad articular, puede presentarse con compromiso extraarticular con afección de diversos órganos y sistemas, como ojos, pulmones, pleura, corazón, pericardio, piel o vasos sanguíneos.

Recientemente la AR se ha asociado a aumento de la prevalencia de enfermedad arterial coronaria y se considera factor de riesgo de mortalidad prematura.

Aunque el trastorno es de causa desconocida, la autoinmunidad juega un papel primordial en que sea una enfermedad crónica y en la forma como la enfermedad progresa.

La prevalencia se estima entre 0.5 y 1% de la población mundial, en nuestro medio no tenemos estudios locales; la afección es tres veces más frecuente en el género femenino que en el masculino. La media de edad de aparición suele ocurrir entre los 40 y 50 años de edad, aunque puede observarse a cualquier edad.

La artritis reumatoidea es una enfermedad muy dolorosa e incapacitante, determina disminución de la calidad de vida y de la sobrevivencia global; con aumento en la morbimortalidad.

Clásicamente se manejó en el diagnóstico los criterios de clasificación para AR establecidos por el Colegio Americano de Reumatología (ACR - American College of Rheumatology).

De acuerdo a los mismos, se establece el diagnóstico de Artritis Reumatoide cuando están presentes cuatro de los siguientes siete criterios:

- Rigidez matutina de al menos una hora de duración. Artritis en 3 o más articulaciones.
- Artritis de las articulaciones de la mano.
- Artritis simétrica.
- Nódulos reumatoideos.
- Cambios radiológicos compatibles con AR.
- Factor reumatoide positivo.

Siempre y cuando del criterio número uno al cuatro, estén presentes por al menos 6 semanas.

Estos criterios clásicos presentan como limitación que pierden sensibilidad en las formas de AR tempranas (menores de 1 año de evolución).

La AR según su tiempo de evolución se divide en:

- 1) AR temprana (duración de la enfermedad igual o menor de 2 años)
- 2) AR establecida (duración de la enfermedad >2 años).

Ante una artritis de reciente comienzo el diagnóstico puede no ser claro.

Hoy día se acepta un diagnóstico clínico de AR como más importante que los criterios de clasificación de de AR de la ACR 1987. Pues una sinovitis persistente donde se han descartado otras causas es imperioso un tratamiento precoz como si fuera una AR para tratar de prevenir el daño articular. Identificar precozmente sinovitis persistente y tratarla es más importante que esperar a que cumpla los criterios de clasificación de la enfermedad.

El tratamiento debe ser integral, dividiéndose a los efectos prácticos en: no farmacológico y farmacológico.

#### **Tratamiento no farmacológico-**

Consiste en educación del paciente y la familia, dieta equilibrada y combinación adecuada de actividad física y reposo (fisioterapia). Se destaca la importancia de la continuidad del tratamiento como coadyuvante al tratamiento farmacológico implementado con el fin de optimizar los resultados terapéuticos.

#### **Tratamiento farmacológico.**

Lo dividiremos a efectos de ordenamiento en:

1. Tratamiento sintomático.
2. Tratamiento inductor de remisión de la AR, en el cual señalamos 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> y 3<sup>a</sup> línea de tratamiento.

##### **1. Tratamiento Sintomático:**

**AINES:** Están indicados desde el inicio de la enfermedad, controlan el dolor y el edema, NO alterando el curso de la enfermedad NI previniendo el daño articular.

**Corticoides:** Por su poder anti-inflamatorio brindan un alivio sintomático rápido en pacientes con gran inflamación y compromiso funcional. Son útiles al inicio del tratamiento a la menor dosis posible y en forma transitoria, como puente mientras se produce el efecto de los fármacos modificadores de la enfermedad (FAMEs). Deben ser administrados en forma conjunta, NUNCA como monoterapia.

## 2. Tratamiento inductor de remisión de la AR:

⇒ 1º línea.

El tratamiento correcto, en dosis y plazos establecidos en pautas nacionales e internacionales, permite con la 1ª línea de tratamiento el control de más del 80% de los pacientes.

**FAMEs.** Estas drogas han modificado el curso evolutivo y pronóstico de la enfermedad. Tienen una acción lenta y prolongada, evidenciándose la mejoría clínica luego de varias semanas de tratamiento, alcanzando su máxima eficacia luego de varios meses de administración (3 y 6 meses). Ante la ineficacia del tratamiento a dosis plenas vía oral (25 mg.), requiere optar por la vía i/m para mejorar la biodisponibilidad, cambiar la droga o efectuar tratamiento combinado con otro FAME.

Estos fármacos deben ser iniciados inmediatamente a realizado el diagnóstico, para combatir precozmente la inflamación, reducir el daño estructural irreversible y progresivo que empieza precozmente en estos pacientes. Deben mantenerse en forma crónica en dosis adecuadas a la situación clínica del paciente.

Los más utilizados son:

**a) Metotrexate (Mtx)-** En este grupo es la droga más usada por su gran eficacia y bajo costo. Es efectiva no sólo en el control de los síntomas y recuperación funcional sino también en disminuir la progresión de las erosiones óseas. Tiene un comienzo de acción lento, viéndose su efecto luego de 1-2 meses de tratamiento. Es mandatorio el uso secuencial de ácido fólico o folínico luego de 24 o 48 hs.

Efectos adversos más frecuentes: elevación de enzimas hepáticas, intolerancia digestiva, anemia, aplasia medular, inmunodepresión.

Monitorización clínica y de laboratorio: mensualmente al inicio y luego cada 3 meses.

**b) Leflunomida-** Actúa como una agente inmunomodulador. En general es bien tolerado.

Efectos adversos más frecuentes: intolerancia digestiva, toxicidad hepática, potente acción teratogénica.

Monitorización clínica y de laboratorio: mensualmente al inicio y luego cada 3 meses.

c) **Sulfasalazina, (SSZ)** se introdujo en el tratamiento de la AR en 1939, bajo la presunción de que el origen de la enfermedad era infeccioso. Su utilización ha perdurado a través del tiempo por sus efectos anti-inflamatorios e inmunomoduladores. Actualmente su uso en combinación con otros FAMES es una opción terapéutica aceptada.

d) **Hidroxicloroquina:** Aunque su acción antirreumática es leve, parece potenciar la del Mtx y disminuir su toxicidad a nivel hepático, por lo que el tratamiento combinado con ambas drogas se usa frecuentemente. Se recomienda control oftalmológico basal y al año por la toxicidad que puede ocasionar sobre la retina. La retinitis pigmentaria obliga a su suspensión definitiva.

e) **Azatioprina,,Ciclosporina-** Son opciones menos utilizadas.

⇒ **2º línea: Terapia con Biológicos**

1) **Bloqueantes del Factor de Necrosis Tumoral (Anti – TNF).** Son eficaces en el control de los síntomas, en el mejoramiento de la calidad de vida y en la disminución de la progresión de las lesiones estructurales.

Los fármacos actualmente disponibles en nuestro medio son:

a) **Adalimumab:** Ac. monoclonal humano anti-TNF. Se une al TNF impidiendo su unión a los receptores p55 y p75. Puede usarse en monoterapia o combinado con Mtx.

b) **Infliximab:** Ac. monoclonal quimérico (1 porción murina y 1 humana) anti TNF. Se une específicamente al TNF de transmembrana y al soluble bloqueando su acción. Debe usarse combinado con Mtx.

c) **Etanercept:** es un receptor soluble dimérico del TNF que se une al TNF $\alpha$  y lo inactiva.

Los eventos adversos más importantes son:

- Desarrollo de un síndrome lupus-símil por autoanticuerpos.
- Infección por gérmenes oportunistas o comunes, especialmente el BK (primario o reactivación)
- Desordenes desmielinizantes.
- Descompensación cardio-vascular en pacientes de riesgo.
- Riesgo aumentado de desarrollo de linfomas (especialmente no Hodking).

En aquellos pacientes con antecedentes de TBC o con riesgo de desarrollar TBC se debe realizar el monitoreo y la profilaxis con Isoniacida.

La monitorización del tratamiento es fundamentalmente clínica, los exámenes de laboratorio se realizarán cada 2-3 semanas al inicio del tratamiento y luego cada 3-4 meses.

## 2) Anticuerpos monoclonales anti- CD 20: Rituximab.

El Rituximab en combinación con Mtx, ha sido aprobado por la FDA para el tratamiento de los pacientes que NO han tenido respuesta al uso de anti TNF, los cuales representan aproximadamente un 30%.

Efectos adversos: Infecciones bacterianas específicas e inespecíficas y oportunistas, reactivación de BK y hepatitis B.

Requiere similares controles previos al inicio de la droga que los anti-TNF.



## A. INDICACIONES CON COBERTURA DEL FNR

**La cobertura financiera del Fondo Nacional de Recursos para el tratamiento de la AR comprende el tratamiento de 2º línea con Adalimumab, Infliximab y Etanercept.**

Tratamiento de la artritis reumatoidea, cuando se cumplen todos los criterios que se detallan a continuación:

### Criterios de inclusión:

- Diagnóstico de AR según criterios clásicos de ACR, de más de 6 meses.
- Actividad de enfermedad bajo tratamiento, evaluada por DAS28 mayor a 5.1 en 2 evaluaciones separadas de al menos 1 mes.
- Tratamiento óptimo con al menos 2 drogas modificadoras de enfermedad (FAMEs) durante 6 meses, una de las cuales debe ser Mtx (excepto intolerancia), llegando a dosis plenas de 20 mg/semanales o mayor dosis tolerada por un plazo no menor a 12 semanas. O haber recibido Mtx durante 6 meses a la dosis de 25 mg/semanales o máxima dosis tolerable.
- Adherencia a tratamientos previos documentada en historia clínica.

### Criterios de exclusión:

- Infección activa de etiología viral (HVB, HVC, VIH), bacteriana específica (BK) o inespecífica.
- Presencia o antecedente de neuritis óptica u otras enfermedades desmielinizantes.
- Antecedentes de infección severa en el último año (Ej.: sepsis, endocarditis, artritis séptica, etc.).
- Enfermedades psiquiátricas severas, droga – dependencia con evaluación psicológica negativa previa acerca de posibilidades de adhesión al tratamiento.
- Pacientes con niveles de Hb inferior a 8.5, glóbulos blancos menor a 3000/ml o neutrófilos menor a 1500 o plaquetas menor a 100.000; previo al inicio de protocolo de tratamiento.
- Pacientes con enfermedad crónica mal controlada (hepática, renal, cardíaca, pulmonar u otra) y/o con mala expectativa de vida por su enfermedad reumatológica u otra afección.
- Embarazo y lactancia.
- Cirugía en los últimos 6 meses
- Enfermedad oncológica sin criterios de curación.

### Criterios a ser evaluados en forma individualizada:

- Artritis de reciente comienzo con DAS28 > de 5.1 y con criterios pronósticos de gravedad.
- Artritis reumatoide establecida con actividad moderada (DAS28 menor a 5.1) y con criterios pronósticos de gravedad.

### B. PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO

- Adalimumab 40 mg/ cada 2 semanas, s/c. en combinación con al menos un FAME, de elección Mtx.
- Infliximab 3 mg/Kg a las semanas 0; 2 y 6; seguido de mantenimiento cada 8 semanas y se sugiere su uso en combinación con al menos un FAME, de elección Mtx.
- Etanercept 50 mg semanal, s/c. en combinación con al menos un FAME, de elección Mtx.

---

#### Objetivo Terapéutico

##### Ideal:

- Remisión de la enfermedad DAS 28 menor 2.4.

##### Deseable:

- Alcanzar grado bajo de actividad con DAS 28 menor a 3.2 o como máximo 5 articulaciones tumefactas y dolorosas.

##### Criterio de Mejoría:

- Disminución del DAS 28 de al menos 1.2 puntos sobre el valor basal
- Mejoría superior al 20% en la EVA global de la enfermedad por el médico

## C. AUTORIZACIÓN DE COBERTURA DE TRATAMIENTOS

Además del diagnóstico de AR, en todos los pacientes se tomará en cuenta una valoración integral que incluya edad, co-morbilidades, calidad de vida y pronóstico, de tal manera que de la evaluación surja una expectativa de vida razonable.

Las complicaciones o efectos colaterales derivadas del tratamiento deberán ser resueltas por la institución en la cual se asiste el paciente.

### 1. Evaluación técnica de las solicitudes

La autorización de tratamientos por parte del FNR se hará basándose en la evaluación técnica de las solicitudes, requiriéndose para ello el envío de la documentación que se especifica más adelante.

### 2. Requisitos del trámite de autorización

#### Envío de la solicitud

Las solicitudes de tratamiento de AR, serán enviadas al FNR, en donde se estudiará la pertinencia de la indicación en función de la presente normativa, verificándose además el cumplimiento de los aspectos administrativos necesarios para dar curso a la misma.

#### Indicación

La indicación del tratamiento de la AR constituye una etapa indisoluble del tratamiento integral del paciente, en consecuencia es responsabilidad directa del médico tratante y de la institución asistencial que da cobertura al paciente.

El formulario de solicitud debe ser firmado por el médico tratante, identificado con su número de caja profesional.

#### Documentación necesaria

- Fotocopia de Cédula de Identidad del paciente.
- Fotocopia del Carné de Asistencia vigente si se trata de un beneficiario de ASSE - MSP.
- Hoja de Identificación del paciente.
- La Hoja de Identificación es un formulario preimpreso, cuyo modelo es aportado por el FNR y en donde deben ser llenados los datos identificatorios del paciente, el tipo de cobertura, el tratamiento solicitado, el nombre del médico responsable de dicho tratamiento y el aval de la institución de origen (Director, Director Médico, Director Técnico, etc.). Deberá incluir de manera visible uno o

más números telefónicos en los cuales el paciente o su familia inmediata puedan ser ubicados.

### **Hoja de consentimiento informado.**

El trámite de solicitud debe acompañarse del consentimiento informado del paciente a los efectos de la realización del acto médico. Este consentimiento será recabado por el médico tratante en un modelo de consentimiento aportado por el FNR. Deberá constar en el mismo la firma del médico y del paciente. Para el caso de pacientes menores de edad o incapaces, el consentimiento será firmado por sus padres, tutores o curadores.

### **Formulario de Solicitud de Tratamiento.**

Los datos médicos que justifican la indicación del tratamiento deben ser recogidos en el Formulario de Solicitud. Se trata de un modelo aportado por el FNR y que contiene datos sobre las condiciones del paciente y la patología de la cual surge la indicación del tratamiento solicitado. El FNR registrará en su base de datos la información de este formulario por lo cual es imprescindible registrar en forma completa todos los ítems consignados en los casilleros correspondientes. Cualquier omisión en su llenado será causal de devolución de la solicitud.

### **Historia Clínica.**

Resumen de historia clínica que debe ser completa y claramente legible, destacando los principales hechos clínicos y la evolución, de tal manera que de su lectura y análisis resulten claramente los motivos de la indicación.

El envío de este resumen de historia clínica es indispensable, ya que la información que se aporta en un formulario precodificado (altamente funcional a los efectos de registro) es necesariamente parcial y en ocasiones no refleja cabalmente la situación del paciente.

### **3. Paraclínica necesaria para la autorización**

Es indispensable que al paciente se le hayan realizado los siguientes estudios, que deberán ser enviados al FNR: (los exámenes deben ser actuales, aceptando en caso de los estudios radiológicos un plazo de 12 meses)

- Rx de manos y pies, así como de cualquier otra articulación afectada.
- Autoanticuerpos (con titulación): Factor reumatoideo, Ac. Anti- CCP, ANA, Anti-DNA, Antifosfolípidos.
- VES y PCR cuantificada
- PEF

- Glicemia
- Hemograma completo.
- Funcional y enzimograma hepático completo.
- Evaluación del medio interno y funcionalidad renal.
- Creatininemia.
- Ionograma con calcemia.
- Rx de tórax y PPD (si es negativo re-test a los 7-15 días).
- ECG.
- Ecocardiograma con determinación de FEVI (mayores de 40 o con factores de riesgo cardiovascular asociados) y que excluya la eventualidad de cardiopatía estructural.
- Serología para HIV, hepatitis B y C.
- Test de embarazo.
- Certificado de vacunación contra la gripe, neumococo y hepatitis B.
- Examen de orina y urocultivo.
- PSA (varones mayores de 40 años).
- Mamografía y valoración ginecológica.

Quedará a criterio del FNR la necesidad de solicitar actualizar y/o ampliar los estudios paraclínicos.

En caso que surja la necesidad de ampliar información respecto a la situación clínica y a la evolución, el FNR podrá recabar información con el médico tratante, con el paciente o con la institución de origen.

#### **D. SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOS TRATAMIENTOS AUTORIZADOS**

1. Autorizado el tratamiento solicitado en las condiciones establecidas, el FNR emitirá autorización a la Institución de origen del paciente, en base a la cual se entregará la dosis de tratamiento autorizada, a través de los mecanismos que considere pertinentes. Concomitantemente se podrá contactar al paciente para ser evaluado en el FNR.
2. Continuación del tratamiento autorizado: antes del día 20 de cada mes, la institución de origen del paciente deberá hacer llegar al FNR, la solicitud de dosis para el mes siguiente, en formulario diseñado (Formulario de dosis mensual) para ese propósito. Es obligación de la institución declarar las complicaciones o efectos adversos en caso de que hayan ocurrido, realizando monitoreo paraclínico según pautas nacionales e internacionales. Con esta información, el FNR habilitará la entrega de la siguiente dosis de tratamiento.
3. El seguimiento y evaluación de respuesta de los tratamientos autorizados, se realizará a través de controles que deberán ser enviados al FNR y están

incluidos en el formulario de solicitud de dosis mensuales, con la periodicidad y exámenes que en el se detallan.

4. Criterios de suspensión del tratamiento:

- Persistencia de actividad bajo tratamiento.
- Descenso de DAS28 menor a 0.6 con respecto a evaluación previa, en todas las situaciones
- Descenso de DAS28 menor a 1.2 para formas de actividad alta.
- Intolerancia o toxicidad al tratamiento.

5. El FNR podrá implementar actividades de auditoría, seguimiento y control técnico – administrativo de este tratamiento al igual que de los actos que financia, incluyendo consultas directas a los pacientes tratados, control de historias clínicas y otras que entienda pertinentes para el cumplimiento de sus fines.

6. Todos los formularios referidos en la presente normativa se encuentran disponibles en la página web del FNR [www.fnr.gub.uy](http://www.fnr.gub.uy)

Las Instituciones que no cumplan con el envío de la información requerida en esta normativa, podrán quedar excluidas de nuevos tratamientos hasta tanto no regularicen la información



