

## PROCEDIMIENTO GENERAL PARA LA TOMA DE DECISIONES

### PROCESO DE AUTORIZACIÓN DE COBERTURA

La Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos, en su sesión del 14 de abril de 2005 ha aprobado los siguientes procedimientos para la autorización de cobertura de actos médicos, el monitoreo de las tasas de uso y su adecuación a los estándares internacionales en todo lo que resulte aplicable, y ha dispuesto colocar su descripción en la página web de la Institución.

#### 1. Normativa de requisitos para el ingreso de solicitudes:

Existe una pauta escrita y notificada por la cual las diversas instituciones usuarias del sistema conocen la documentación que deben presentar en el momento de solicitar cobertura. Dicha pauta figura en una normativa médico-administrativa correspondiente a cada una de las técnicas incluidas en el FNR.

Se han incluido en las mismas pautas los límites existentes para la cobertura financiera del FNR, es decir cuáles son las circunstancias médico-administrativas en las cuales el FNR no otorgará cobertura. Eso puede ocurrir por dos tipos de circunstancias: ya sea porque la indicación médica no se ajuste a la pauta definida o bien porque se entienda que existe una autorización de cobertura ya emitida y que se mantiene vigente por lo cual no correspondería duplicarla.

#### 2. Control de vigencia de los derechos de cobertura:

En conocimiento de dichas disposiciones generales, los usuarios del sistema de cobertura del FNR deben presentar la documentación acreditando al mismo tiempo que el paciente tiene derechos vigentes. Este extremo es verificado actualmente por dos mecanismos complementarios: el control de documentación (fotocopia de carné de asistencia vigente en el caso de ASSE o la firma de autoridad institucional competente en el caso de las IAMC) a lo que se ha adicionado recientemente la consulta electrónica a la base de usuarios puesta a disposición por el MSP.

#### 3. Control de documentación en Secretaría Médica:

La unidad administrativa responsable de controlar que se haya aportado la documentación necesaria en cada caso es la Secretaría Médica

4. Ingreso de datos al sistema en Registros Médicos:

Verificada la documentación, la misma es remitida a Registros Médicos donde se identifica al paciente y se ingresa al sistema informático (Sistema María). En el momento actual se ingresan todas las variables médicas.

Teniendo en cuenta que existe aún un nivel significativo de datos sin completar, se ha dispuesto que a partir del mes de junio de 2005 no se tramitará ninguna solicitud en la que falte alguno de los datos considerados “requeridos” para la autorización (o sea casi todos los datos que figuran en el formulario). Para evitar un cambio de criterio muy brusco, se ha previsto un período de transición desde el mes de abril hasta junio durante el cual el FNR se ocupa de obtener el dato faltante, pero simultáneamente se emite una nota en la que se informa de esta situación y que no se ingresarán más solicitudes en estas condiciones a partir de junio.

5. Evaluación externa (segunda opinión médica):

En base a una pauta predefinida, se clasifican las solicitudes de acuerdo a si corresponde o no enviar un médico evaluador. En determinadas técnicas y según el lugar de residencia del paciente, esta decisión es tomada caso a caso por un médico. Con carácter general, las solicitudes de actos de coordinación, en pacientes residentes en Montevideo y zonas adyacentes pasan a evaluación médica. Los actos de urgencia han sido previamente evaluados mediante el sistema de guardia por lo cual la evaluación ya se encuentra en el FNR.

En el momento actual se está enviando a evaluar entre el 75% y el 80% de las solicitudes de cobertura.

El informe de los médicos evaluadores está siendo ingresado por acceso remoto lo cual ha permitido abatir los plazos y eliminar tareas de digitación dentro del Fondo.

6. Control Médico, ateneos y programas:

Reunida la documentación, y en un plazo que no debe ser superior a las 24 horas luego del ingreso de la solicitud, la misma debe ser puesta a consideración de un médico del FNR. Este accede a la misma por vía electrónica (sistema María) más la historia clínica escrita con todos los documentos enviados.

En ese momento se inicia la toma de decisiones en la cual se tiene en cuenta:

- a. la opinión y documentos enviados por el médico tratante
- b. la opinión del médico evaluador que visitó al paciente

- c. la opinión del ateneo médico del FNR en aquellos casos en que se haya remitido a su consideración (aproximadamente un 10% de las solicitudes). Cualquiera de los ateneos puede ponerse en contacto con el paciente o citar al médico tratante si lo entiende necesario. Existen los siguientes ateneos:
  - i. ateneo cardiológico para las solicitudes de cirugía valvular en pacientes mayores de 70 años y de cirugía coronaria en mayores de 80 años
  - ii. ateneo de marcapasos para las solicitudes de dispositivos con respuesta en frecuencia y resincronizadores (biventriculares)
  - iii. ateneo de obesidad para los implantes de prótesis en pacientes con índice de masa corporal en valores de obesidad mórbida
  - iv. ateneo de cardiodesfibriladores para todas las solicitudes
  - v. ateneo de ingreso a lista de espera de trasplante cardíaco en todos los casos
  - vi. ateneo de ingreso a lista de espera de trasplante renal
  - vii. ateneo de hematología para las solicitudes Imatinib y Rituximab
  - viii. ateneo para las solicitud de PEG Interferón y Ribavirina
- d. el paciente puede ser enviado a alguno de los programas de prevención secundaria del FNR si el médico entiende que es imprescindible abatir el riesgo y que las condiciones del paciente admiten postergar el acto por algunas semanas:
  - i. programa de cesación de tabaquismo
  - ii. programa de asesoramiento nutricional ya sea en la institución de origen o en el FNR
  - iii. programa de control por imagen en las solicitudes de litotricia
- e. el médico del FNR dispone además de protocolos y normas técnicas aplicables para cada tipo de procedimiento en las que se incluyen los requisitos clínicos y paraclínicos para tomar una decisión.

7. Autorización definitiva, control de reiteración de actos y de tasas de utilización:

Una vez que el médico del FNR ha resuelto autorizar o no la cobertura solicitada, el trámite es puesto a consideración del médico encargado del área de autorizaciones. En esta etapa se realiza una revisión de algunos factores adicionales:

- a. si el paciente ha tenido cobertura de actos anteriores relacionados a la misma patología. En este caso se analiza si los tratamientos están vinculados y se puede entender que otras autorizaciones están vigentes y que no es necesario emitir una nueva
- b. si el paciente ha sido sometido a dos revascularizaciones coronarias anteriores e ingresa una solicitud para la tercera, se envía una carta en la que se informa al paciente de la situación y se le solicita la firma de un

consentimiento especial en el que consta que se le han informado ciertas restricciones a la cobertura

- c. si la institución solicitante del procedimiento se mantiene dentro de las tasas de utilización de las diversas técnicas que fueron establecidas como promedios por el FNR. Dichas tasas han sido calculadas a partir de los datos reales de los últimos años ajustándolos para cada técnica en base a la tendencia del período y la composición etaria de cada población. Esto último permite evitar el riesgo de restringir el acceso en departamentos o instituciones cuya población tiene condiciones particulares que deben ser tenidas en cuenta:
  - i. no se aplican en el caso de técnicas cuya tasa de uso en determinada población ha sido menor a 1 por 10.000 usuarios en los últimos 5 años
  - ii. no se aplican en poblaciones menores a 10.000 usuarios
  - iii. en el caso de poblaciones entre 5.000 y 10.000 usuarios se aplica solamente en las técnicas que han tenido tasas de uso mayores a 5 por 10.000 en los últimos 5 años.

En los casos en que el número de solicitudes de una institución o un hospital departamental se encuentre por encima de la tasa de uso promedio, el médico encargado puede autorizar la cobertura si entiende que es pertinente, pero pone el tema en conocimiento de la Dirección Técnico Médica a efectos de tomar contacto con la institución en cuestión. De esta forma, el sistema adquiere el carácter de “monitoreo” de la utilización de la cobertura del FNR.

- d. en los casos de solicitudes recibidas de IMAE o instituciones en los cuales el porcentaje de cateterismos coronarios que resultaron sin lesiones es elevado, se toma contacto directamente con el servicio a efectos de mantenerle informado que existe un monitoreo directo de esta situación,

En base a lo propuesto por el médico del FNR y las consideraciones que resultan de estos análisis adicionales, el médico encargado de autorizaciones dispone emitir o no la misma, con lo cual se emite el documento correspondiente.

#### 8. Comunicación al paciente:

Si la decisión es negativa, se emite una nota por el sistema informático para el médico solicitante. Simultáneamente un médico del FNR que tiene asignada esta tarea se comunica telefónicamente con el paciente y se le explica el motivo por el cual se entiende que no es conveniente emitir esta autorización.

El porcentaje de solicitudes no autorizadas se encuentra actualmente en el 3.5%

9. La documentación reunida en este proceso es mantenida a la espera del informe de realización del acto autorizado a efectos de tenerla en cuenta en el momento de la habilitación de pago y liquidación de facturas.

El proceso de autorización de cobertura de actos del FNR y el sistema informático que lo respalda, se encuentran en este momento en un nivel significativo de consolidación y constituye un modelo de gestión clínica relevante en nuestro medio así como una buena articulación de componentes médicos y administrativos.

Al mismo tiempo, la incorporación de un sistema de control de tasas de uso por grupos de población permitirá la comparación con estándares internacionales que servirán de base a eventuales ajustes futuros del sistema.

