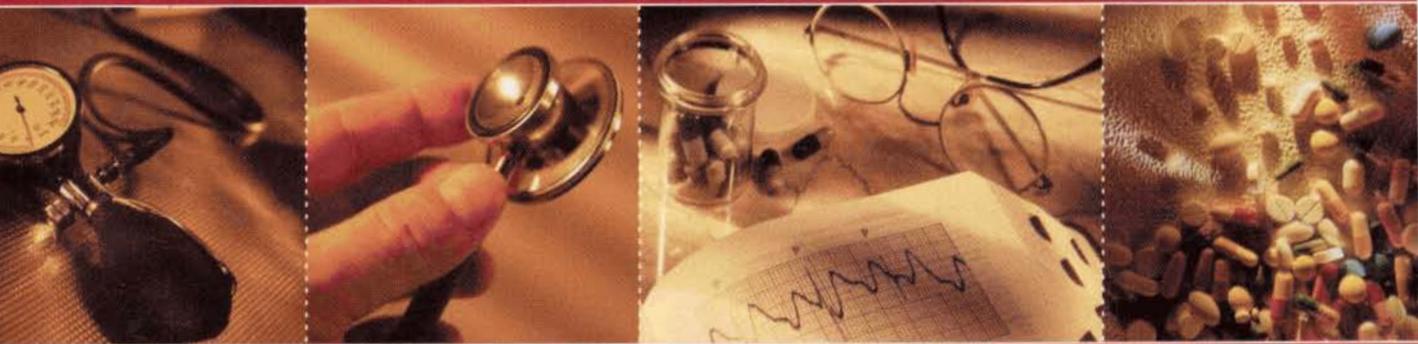




**FONDO NACIONAL
DE RECURSOS**

Medicina Altamente Especializada



Un modelo de gestión inspirado en la calidad

Un modelo de gestión
inspirado en la calidad:
La experiencia del Fondo
Nacional de Recursos

Recopilación de artículos
publicados en el Diario Médico
desde 10/2002 a 05/2004

UN MODELO DE GESTIÓN INSPIRADO EN LA CALIDAD

INTRODUCCIÓN

El cuerpo médico nacional, y la opinión pública en general, sabe que el Fondo Nacional de Recursos es una herramienta de primera importancia en el sistema de salud de nuestro país y que su existencia es el resultado de la intuición, esfuerzo y perseverancia de un grupo de figuras relevantes de la medicina nacional que a lo largo de 20 años lograron su creación y consolidación.

Sin embargo no es ocioso el esfuerzo por difundir aún más si cabe, qué es exactamente lo que el Fondo hace y de qué manera. Ojalá que los artículos presentados en El Diario Médico, o su lectura conjunta en esta publicación, permitan comprender un poco mejor el funcionamiento del sistema y cuáles son sus principales cifras.

Pero tenemos la esperanza de que también sirva para conocer algo más profundo: el enorme mérito institucional que supone haber sido capaces de transitar desde una situación de grave riesgo de inviabilidad hacia el actual equilibrio financiero, cuando la mayoría de las instituciones públicas y privadas están lejos aún de ese objetivo.

Como se encontrará en algunos de los artículos, el eje conductor de ese proceso ha sido el esfuerzo por la calidad. Una concepción integral de la calidad que incluye:

- 1** - indicaciones bien hechas (ajustadas a la evidencia científica, oportunas, que tengan en cuenta la calidad de vida de los pacientes y la evaluación de riesgo)
- 2** - procedimientos correctamente realizados, en condiciones de seguridad para los pacientes, y por profesionales formados, acreditados y con un nivel de actividad acorde a los estándares internacionales
- 3** - evaluación de resultados inmediatos y alejados, estudios de sobrevida y programas de seguimiento con opiniones independientes
- 4** - una orientación preventiva que permita actuar oportunamente y no incurrir en daños y gastos evitables.

Para el Fondo Nacional de Recursos, trabajar por la calidad no ha sido sólo un imperativo ético sino también un camino eficiente hacia el equilibrio económico.

Por último, quienes ejercemos en el Fondo Nacional de Recursos nuestra profesión médica nos sentimos parte de una Institución que ha mostrado al país que los cambios son posibles.

Guardia médica permanente del Fondo Nacional de Recursos

099 69 77 65

Elevar la calidad de los servicios no es posible sin la participación de los médicos.

Por eso el FNR pone un teléfono de guardia permanente, de uso exclusivo para los médicos.

NO DUDE EN CONSULTAR PARA:

- Asegurar la continuidad asistencial.
- Informarse sobre pacientes que han sido intervenidos en un IMAE.
- Obtener o aportar información sobre complicaciones de pacientes y quién debe cubrirlas.
- Solicitar información sobre autorizaciones o procedimientos que estime inconvenientes para un paciente.
- Aportar datos en relación con la calidad de vida de los pacientes.
- Evacuar dudas sobre su rol y obligaciones, en cuanto a la asistencia y solicitud de autorizaciones.

Algunos datos que el cuerpo médico debe conocer

¿Qué es el Fondo Nacional de Recursos?

Desde el año 1980, Uruguay cuenta con un sistema que ha permitido financiar una parte importante de la tecnología médica en el país, y al mismo tiempo, que la población acceda a ella sin limitaciones económicas.

A través de este Fondo, todas las instituciones públicas y privadas reaseguran a sus beneficiarios para situaciones médicas "catastróficas"; es decir, aquellas que por su alto costo y baja frecuencia podrían desfinanciar a una institución.

Con el aporte del sector privado y del sector público se pagan todos los actos de medicina altamente especializada que se realizan en el país, y que se cumplen en los IMAE (Institutos de Medicina Altamente Especializada), previa autorización del Fondo. La mayor parte de estos institutos se encuentran en el sector privado, algunos de ellos dentro de instituciones de asistencia médica colectiva y otros de manera independiente como emprendimientos médicos.

La administración de este Fondo ha sido adjudicada, también por la ley, a un organismo público no estatal que es el Fondo Nacional de Recursos (FNR) en cuyo gobierno participa el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Economía y Fi-

nanzas, el Banco de Previsión Social, las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y los IMAE.

En sus orígenes, el FNR financiaba los cateterismos cardíacos, la cirugía cardíaca, el implante de prótesis de cadera, la hemodiálisis, el trasplante renal y los marcapasos; posteriormente ha incorporado a la cobertura la angioplastia coronaria, la prótesis de rodilla, la litotricia, el tratamiento de quemados, el trasplante de médula ósea y el trasplante cardíaco. En este último período, se agregaron el implante coclear y el implante de cardio-desfibrilador.

Financia más de 350.000 actos al año si se contabiliza cada sesión de hemodiálisis. Si no se incluye la hemodiálisis, los actos anuales son aproximadamente 17.000.

¿En qué está hoy el Fondo Nacional de Recursos?

El FNR administra algo menos del 10% del gasto total en salud del Uruguay. Baste recordar que el gasto en salud representa un 10% del PBI del país, para tomar conciencia que los uruguayos han decidido -más o menos conscientemente-, destinar un volumen bien importante de recursos a la medicina altamente especializada. No muchos países en el mundo han optado por este camino.

Ante esa realidad, la línea de trabajo fue potenciar todos los aspectos positivos del sistema, para asegurar que los recursos que se gastan estén orientados realmente a mejorar la salud de la población con precios razonables para el medio uruguayo. De lo contrario, se corría el riesgo de que cuando llegase una previsible restricción de recursos, el Fondo no estuviera en condiciones de enfrentarla y se terminase con todo el sistema.

En 20 años, la creación y consolidación del Fondo ha permitido que el Uruguay tenga transplantes, tratamiento de la insuficiencia renal, cardiología intervencionista, etc.: y además, que esas prestaciones estén a disposición de toda la población de manera igualitaria. Un sistema que debe ser preservado.

Para afirmar esa "piedra fundamental" y fortalecer el sistema, el Fondo ha decidido trabajar en estas líneas principales:

- ajustar las indicaciones de los procedimientos
- obtener mejores precios
- evaluar los resultados médicos de los actos cubiertos
- vincular más estrechamente la actividad del Fondo con la opinión pública.

A estas actividades se referirán las páginas del Fondo Nacional de Recursos en "El Diario Médico". Hoy, de manera general. En próximos números, de forma más detallada.

La indicación de actos médicos

Los médicos conocen que la indicación de un procedimiento (sobre todo si es invasivo) es el resultado de una toma de decisión en la que se deben tener en cuenta diversos factores. La sola disponibilidad de una técnica no es argumento suficiente para que la misma sea utilizada con mayor liberalidad.

Sin embargo, la tendencia creciente de tantos años en el número de actos cubiertos - sin llegarse a una "meseta" muchas veces anunciada pero nunca alcanzada -, generó una idea de uso excesivo de tecnología no siempre bien indicada y de debilidad del Fondo en el momento de decidir la cobertura de los procedimientos.

Tal situación pudo merecer una respuesta de tono "administrativo", estableciendo límites formales a las autorizaciones (límites de edad, por ejemplo). Sin embargo, se optó por otro camino: participar más activamente en el proceso de autorización a través de un sistema de segunda opinión médica, incorporando más médicos generalistas, médicos de familia, cardiólogos, internistas, etc. y llevándolos junto a la cama de los pacientes.

La incorporación de estos médicos "de segunda opinión" ha sido realmente exitosa: se han mejorado las indicaciones, se ha incrementado el intercambio entre el Fondo y los médicos tratantes y hoy, se está en mejores condiciones para afirmar que

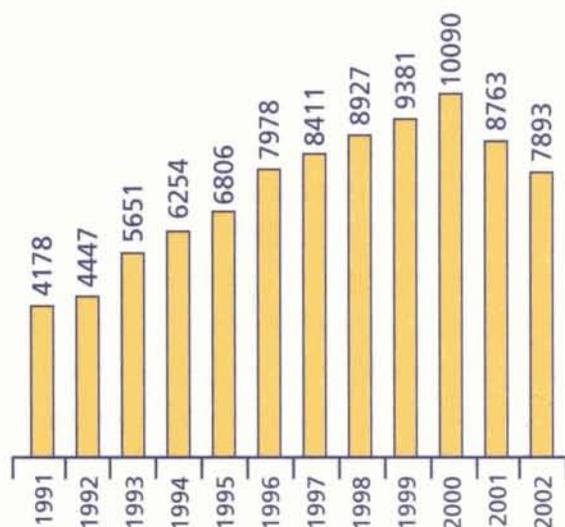
los recursos se están utilizando en pacientes que los necesitan. Y eso es precisamente lo que se quería fortalecer en el sistema.

Pero además esta innovación tuvo un segundo efecto nada despreciable: se ha producido un mayor "auto control" en la solicitud de procedimientos que llegan al Fondo. De alguna manera todos los médicos han tomado conciencia de la necesidad de una mejor selección de los pacientes.

Si no se cuentan las hemodiálisis, en el primer semestre del año 2000 se autorizaron 10.090 actos médicos; en el mismo

ACTOS MÉDICOS AUTORIZADOS POR EL F.N.R.

(No incluye Diálisis Crónica)
1^{er} semestre de cada año



período del 2001 -cuando comenzó a actuar el sistema mencionado- se autorizaron 8.763 y en los primeros seis meses del año en curso han sido menos de 7.893. Sin desmedro de algunos ajustes en la forma de registro, esta tendencia regresiva se debe a la llegada de menos solicitudes (ver cuadro)

¿Qué está ocurriendo con los precios?

Se está haciendo un esfuerzo relevante en relación a los precios que se pagan por los dispositivos y por los actos médicos, obteniéndose resultados que en algunos casos son sorprendentes.

Por ejemplo, la disminución del precio de los stents coronarios que se observa en el cuadro adjunto y que evolucionó de un entorno de U\$S 2.000 en el año 1999 hasta menos de U\$S 600 antes de la reciente modificación de la política cambiaria. Esta dramática caída del precio unitario, sumada al uso más estricto de la angioplastia y el stent, han producido un descenso en el gasto anual que se observa en el cuadro.

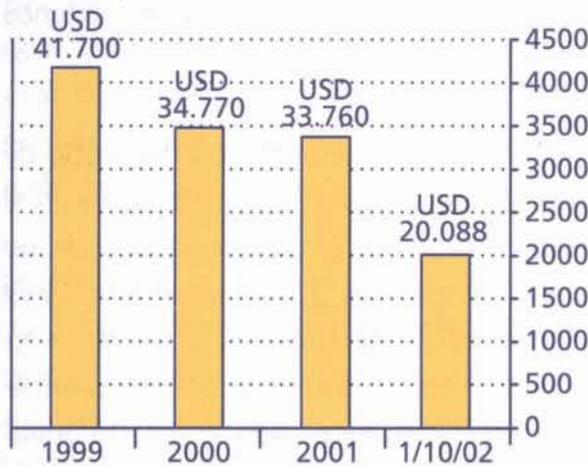
De igual modo, los precios de los cardio-desfibriladores implantables bajaron un 50%, lo cual, junto con un abatimiento en el costo del acto médico, permitió aumentar el número de pacientes beneficiados con esta técnica, ampliando la edad máxima de autorización de 60 a 65 años.

En el cuadro 3 se muestra la evolución entre los años 1999 y 2002 del gasto que representa para el Fondo Nacional de Recursos implantar un cardio-desfibrilador: el acto médico más el dispositivo.

La modificación de los procedimientos de compra y la negociación continua de precios está permitiendo mejoras en todas las prestaciones: desde la nueva tabla de aranceles de actos médicos conveniada

EVOLUCION GASTO UNITARIO EN CARDIODESFIBRILADOR

Años 1999, 2000 y 2001: costo total implante C.D.A.I. bicameral al 31 de Diciembre en dólares norteamericanos.



En todos los casos incluye arancel por acto médico y dispositivos

con los IMAE, hasta la centralización de algunos insumos como los materiales de diálisis peritoneal que han permitido mejoras de hasta un 40%

Una política firme y pragmática está revertiendo un importante déficit económico, obteniéndose los primeros meses con equilibrio en el ejercicio 2002, lo cual transforma al Fondo Nacional de Recursos en una experiencia excepcional en el actual contexto de la salud.

Los resultados médicos de los actos cubiertos por el FNR

El Fondo cuenta con un sistema continuo de evaluación de resultados, que será objeto de análisis más detallado en una próxima nota.

Si el FNR es responsable de la administración de dineros que le son confiados por la comunidad, lo primero que debe ser capaz de responder es si los está invirtiendo en procedimientos que realmente mejoran las condiciones de salud de las personas. Para ello se recoge directamente de los pacientes, información de mortalidad, infecciones, complicaciones, calidad de vida, entre otras, que permiten "monitorear" la actividad de cada IMAE.

Más allá de las actuaciones administrativas, cuando se detectan niveles de insuficiencia en algunas prestaciones, se hace una devolución de los datos a los propios interesados indicándose medidas correctivas cuando corresponde. Los resultados de esos estudios están publicados y disponibles en el FNR.

Se han evaluado o se están evaluando todas las técnicas cardiológicas (angioplastia, cirugía de revascularización coronaria, cirugía cardíaca por afecciones congénitas, marcapasos, cardiodesfibriladores), implante de prótesis de cadera y de rodilla y trasplante de médula ósea. Existe además, una evaluación anual de los IMAE de diálisis, en conjunto con el Registro de la Sociedad Uruguaya de Nefrología.

Por otra parte, se están contratando consultores extranjeros que han permitido, como ya se hizo con cirugía cardíaca infantil, analizar con mayor detenimiento algunas situaciones específicas, colaborando en la obtención de un diagnóstico externo e imparcial sobre la actuación de los IMAE.

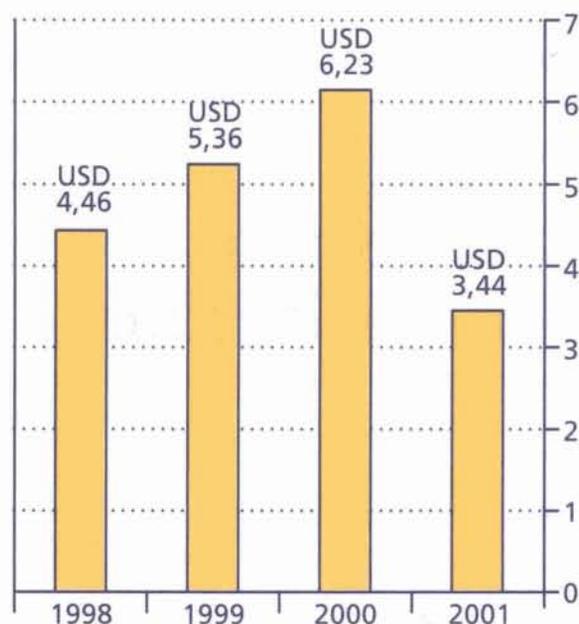
La relación del Fondo con la opinión pública

El FNR debe ser capaz de dar cuenta de su actuación ante el público. Tanto de sus grandes decisiones como de su actividad cotidiana. Por eso, no se evita el debate y se intenta hacer más transparente la información.

Existen mecanismos de comunicación para que el paciente o sus familiares puedan hacer llegar comentarios, consultas, quejas y denuncias. A través de un número de llamada gratuita (línea abierta al Fondo Nacional de Recursos 0900 1980) atendida por un médico, o a través de la página web www.fnr.gub.uy, la sociedad puede comunicarse con una institución que le pertenece.

EVOLUCIÓN GASTO ANUAL EN STENTS CORONARIOS

Años 1998 a 2001 en millones de dólares norteamericanos

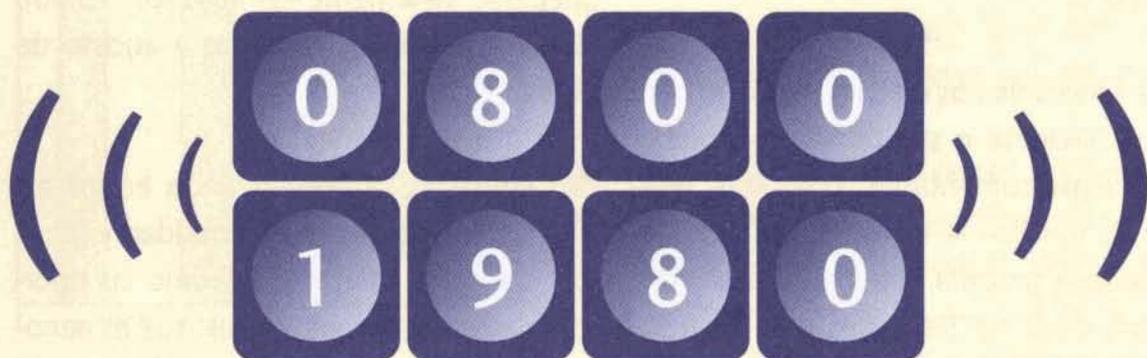


A modo de resumen

El Fondo Nacional de Recursos está sufriendo embates que son resultado de una situación adversa y de cambios en el funcionamiento del sistema. La fuerte caída en el número de afiliados a las instituciones de salud y de aportantes al BPS ha afectado seriamente los ingresos: 75.000 cuotas menos entre enero y agosto de 2002.

Sin embargo, la perseverancia en los esfuerzos iniciados con anterioridad y la capacidad para utilizar al máximo las oportunidades, permiten pensar que el panorama es complejo pero no sombrío.

Se trata de transformar un instrumento que enorgullece a los uruguayos, para potenciarlo y fortalecerlo.



LINEA ABIERTA AL FNR



Consejos calificados sobre
Medicina Altamente Especializada

La nefropatía obstructiva como causa de insuficiencia renal extrema

Dres. L. Solá, C. González, E. Scwedt, A. Ferreiro, N. Mazzuchi - Registro Uruguayo de Diálisis SUN

Se denomina Insuficiencia Renal Extrema (IRE) a la situación clínica de los pacientes que requieren tratamiento sustitutivo de la función renal. La incidencia de IRE puede expresarse como tasa por millón de población (pmp): o sea cuántos nuevos pacientes requieren tratamiento sustitutivo de su función renal en un año, respecto a la población de una región geográfica tomada a mitad del año analizado.

El Fondo Nacional de Recursos y el Registro Uruguayo de Diálisis de la Sociedad de Nefrología, registran los pacientes que han iniciado diálisis desde el año 1981. El número de pacientes que inician tratamiento sustitutivo de la función renal por año aumentó desde el año 1981 hasta el 1998 y se ha mantenido estable en los últimos años.

Las etiologías de la IRE más frecuentes han sido las glomerulopatías, la nefropatía vascular, la diabetes y la nefropatía obstructiva. La frecuencia de estas etiologías ha tenido variaciones en el período analizado (Tabla 1) acompañando el aumento en la edad de la población en diálisis.

La frecuencia de nefropatía obstructiva en Uruguay en el período 1981-2001 es notoriamente alta. En el año 2001 constitu-

yó la causa de ingreso a diálisis del 10,6% de los pacientes (44 de los 415 pacientes) que para la población del país significó una incidencia de 13,2 pmp. Esta frecuencia supera ampliamente lo reportado en los registros de diálisis de otros países. La

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN INCIDENTE SEGÚN NEFROPATÍA

TABLA 1- 1981-2001

AÑO	GP%	NTI%	NO%	ND%	NV%	Otras%	S/D%
1981	37,3	5,9	7,8	3,9	6,9	33,3	4,9
1982	28,9	3,9	8,6	15,6	10,2	32,8	0,0
1983	24,3	3,9	11,8	13,2	15,1	30,3	1,3
1984	23,6	5,1	12,1	14,6	12,1	29,3	3,2
1985	18,0	4,9	7,1	14,8	16,9	30,6	7,7
1986	18,0	6,0	12,0	12,6	19,8	22,8	9,0
1987	13,6	9,0	7,3	15,8	15,8	28,2	10,2
1988	13,8	8,1	7,1	14,8	21,0	26,7	8,6
1989	15,6	4,0	9,1	14,1	23,9	26,8	6,5
1990	18,1	2,9	12,6	9,7	20,9	24,9	10,8
1991	11,1	7,9	12,1	13,1	20,3	25,2	10,2
1992	15,2	2,5	10,6	10,2	20,8	22,4	18,3
1993	13,6	5,6	12,7	14,2	19,4	23,5	11,1
1994	17,9	4,5	11,2	15,0	20,6	22,7	8,0
1995	17,9	3,5	11,9	14,9	22,2	22,5	7,1
1996	14,5	3,7	11,1	10,3	16,3	18,7	25,4
1997	13,8	3,4	10,8	17,2	26,9	27,4	0,5
1998	16,0	6,3	8,3	16,7	24,8	24,5	3,5
1999	11,1	2,6	9,6	18,9	32,8	23,3	1,7
2000	14,2	2,5	11,5	17,2	24,7	24,9	5,0
2001	15,7	2,9	10,6	21,2	24,8	22,4	2,4

GP: Glomerulopatías, NTI: Nefropatías Túbulo Intersticiales, NO: Nefropatías Obstructivas, ND: Nefropatías Diabéticas, NV: Nefropatías Vasculares

frecuencia de nefropatía obstructiva en población incidente reportada por el Registro Latinoamericano en 1999 fue menor a 1% en Ecuador y Panamá, de 3% en Brasil, y de 4% en Argentina, Colombia y Venezuela. En el año 2001 el Registro Americano reportó que la nefropatía obstructiva era causa de ingreso de menos del 2% de los pacientes con una tasa de incidencia de 6 pmp. La mayor frecuencia en nuestro país puede indicar una inadecuada prevención y tratamiento de la uropatía obstructiva y obliga a revisar las pautas de tratamiento de esta patología (Tabla 2).

La distribución de la incidencia de las distintas etiologías varía con la edad y el sexo de la población. La incidencia de nefropatía obstructiva es más frecuente en el sexo masculino. En el período de los años 1996 a 2001 para los pacientes de sexo masculino la incidencia fue de 20,7 pmp, mientras que para los pacientes de sexo femenino fue de 5,8 pmp.

En el mismo período, entre los pacientes mayores de 65 años, la incidencia de nefropatía obstructiva (63pmp) es relevante, con valores similares a la incidencia por nefropatía diabética (Tabla 3 y Figura 1).

La incidencia de nefropatía obstructiva aumenta con la edad según lo reportado en el Informe Anual 2002 del Registro Americano, pero fue francamente menor a la hallada en nuestro medio; la incidencia para los pacientes de 65 a 69 años fue de 16 pmp y para los mayores de 70 años de 26 pmp.

INCIDENCIA DE NEFROPATÍA OBSTRUCTIVA

TABLA 2 - (pmp). 1981-2001

AÑO	NO (pmp)	Incidencia (pmp)
1981	2.8	32
1982	3.8	42
1983	6.2	55
1984	6.5	56
1985	4.4	62
1986	6.7	54
1987	4.3	61
1988	5.0	76
1989	8.3	84
1990	11.5	76
1991	12.1	90
1992	11.0	99
1993	13.2	108
1994	13.4	114
1995	15.0	121
1996	14.2	128
1997	14.4	135
1998	11.0	133
1999	13.3	139
2000	13.8	121
2001	13.2	124

Si se analiza la frecuencia de nefropatía obstructiva según el tipo de cobertura asistencial de la población, se ve que ésta es más frecuente como causa de ingreso a diálisis en la población usuaria de Salud Pública. La nefropatía obstructiva es la causa de ingreso del 12,5% de los pacientes de Salud Pública y el 10,1% de los pacientes provenientes del sector privado ($p < 0.01$).

Es así que la nefropatía obstructiva ha sido causa de ingreso a diálisis de uno de cada 3 pacientes de sexo masculino, mayores de 65 años usuario de Salud Pública, mientras que lo fue de 1 cada 6 pacientes de sexo masculino mayores de 65 años de las IAMC. (Figura 2).

DISTRIBUCION DE TASA DE INCIDENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL EXTREMA PMP, SEGUN GRUPOS DE EDAD Y ETIOLOGÍA

TABLA 3 - (pmp). 1996-2001 (*) (pmp)

PERÍODO	EDAD	GP *	NTI *	NO *	ND *	OTRA *	DESC *
1995	menor 15	1,2	0,4	0,8	0,0	4,0	2,4
1998	15 a 64	23,5	5,3	8,8	18,2	28,0	7,3
	65 y más	37,5	20,5	62,3	68,2	104,9	59,7
1999	Menor 15	1,2	0,0	1,6	0,0	3,6	0,4
2001	15 a 64	20,2	2,6	7,4	23,6	27,6	3,1
	65 y más	34,3	13,7	64,9	75,5	87,7	17,5

La incidencia de IRE en el Interior del país es menor que la incidencia de IRE en Montevideo. La frecuencia de ingreso a diálisis por causa obstructiva es similar para Montevideo y el Interior, por tanto la incidencia de IRE de causa obstructiva es menor en el Interior que en Montevideo. En el año 2000 la incidencia de pacientes que iniciaron diálisis en Montevideo por causa obstructiva fue de 15,2 pmp, mientras que en el Interior fue de 9,7 pmp

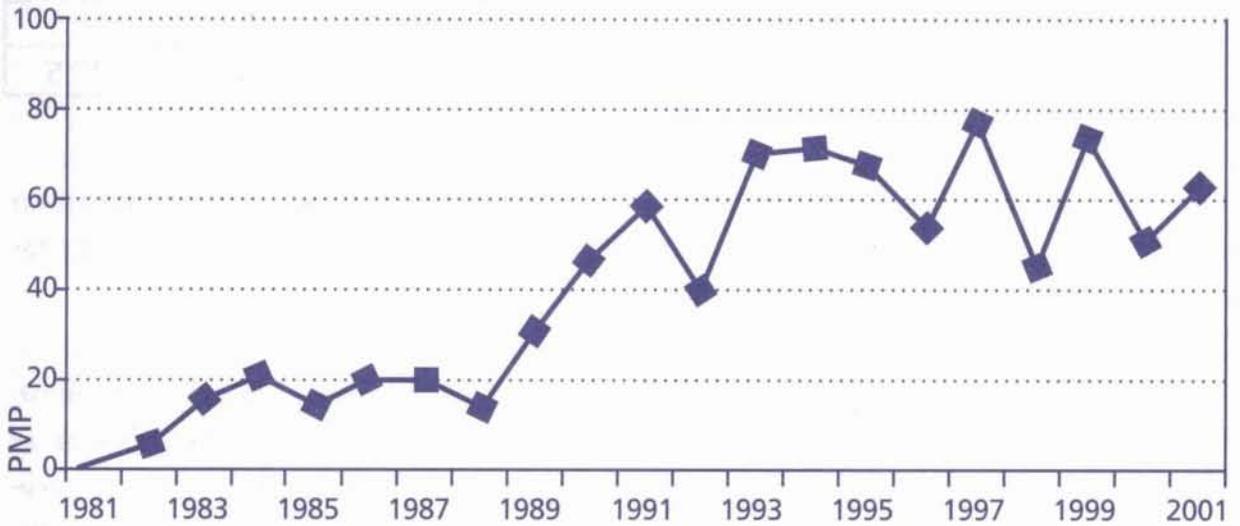
De los pacientes que ingresan a diálisis por nefropatía obstructiva un sexto lo hacen por una nefropatía litiásica. En los pacien-

tes de sexo masculino, el resto corresponde a una nefropatía obstructiva secundaria a un adenoma prostático.

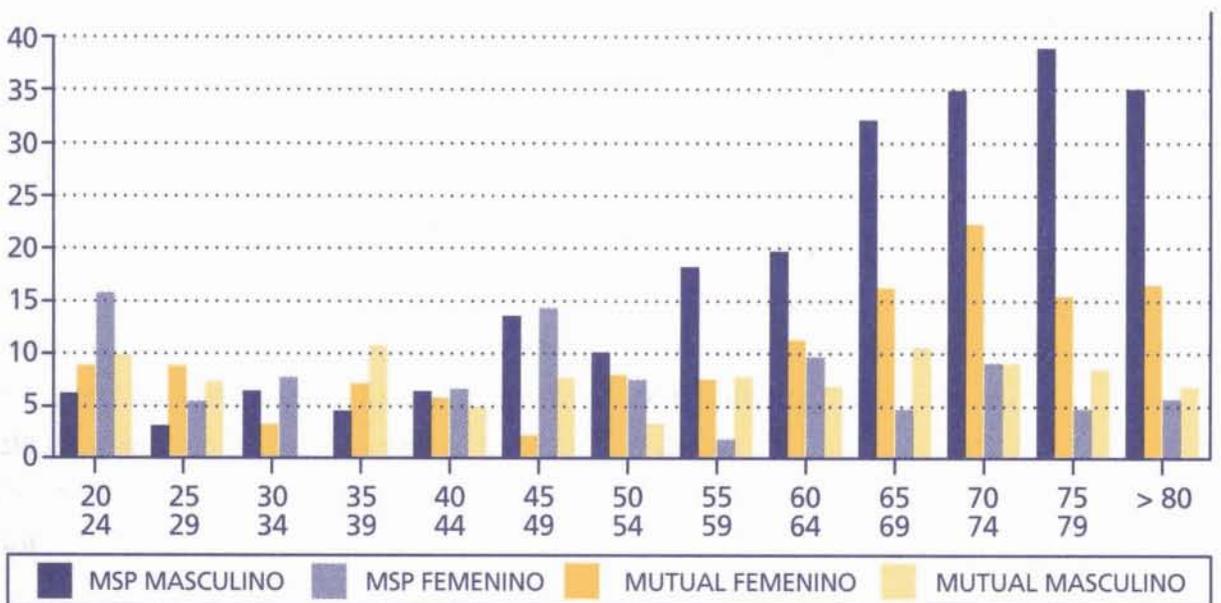
La insuficiencia renal secundaria a nefropatía obstructiva es prevenible si la desobstrucción de la vía urinaria se realiza en etapas tempranas, y es aún reversible en un gran número de pacientes si se soluciona la obstrucción a poco de instalada. Cuando la nefropatía determinó una IRE, sólo el 2,5% de los pacientes en nuestro medio recuperaron suficiente función renal como para suspender el tratamiento sustitutivo.

INCIDENCIA DE NEFROPATÍA OBSTRUCTIVA EN MAYORES DE 65 AÑOS

Figura 1



NEFROPATIA OBSTRUCTIVA EN MAYORES DE 20 AÑOS SEGUN COBERTURA ASISTENCIAL Y EDAD



LA OPINION DEL FONDO NACIONAL DE RECURSOS

El tratamiento que tiene un mayor significado en el presupuesto del Fondo Nacional de Recursos es el sustitutivo de la función renal.

Por la propia naturaleza de la patología, es un procedimiento que debe ser realizado en forma continuada a lo largo del tiempo hasta que el paciente pueda acceder a un transplante que le permita recuperar la función renal.

A lo largo del año 2001 se han dializado 2.580 pacientes con cobertura financiera del Fondo Nacional de Recursos. De éstos, 2.446 han sido tratados con hemodiálisis y 134 con diálisis peritoneal crónica ambulatoria.

De ese total de pacientes, 438 son ingresos a plan del año 2001. En el mismo período egresaron del plan de diálisis 371 pacientes. La diferencia que existe entre los ingresos y los egresos de plan de diálisis genera el crecimiento continuo de la población en tratamiento. Los egresos por fallecimiento están disminuyendo en forma sostenida año a año por mejora de la calidad del tratamiento.

El aumento de la población en tratamiento obliga a encarar, tanto por razones éticas como por razones económicas, las alternativas que permitirían que menos pacientes requieran de la diálisis: aumentar el número de transplantes renales y evitar que los pacientes lleguen a insuficiencia renal terminal.

En octubre de 2002, 116 pacientes se encontraban en tratamiento dialítico bajo cobertura financiera del Fondo Nacional de Recursos **teniendo como única causa de ingreso la patología prostática benigna**. Esta cifra se incrementaría si se incluyeran aquellos otros pacientes en los cuales la patología obstructiva de la vía urinaria coadyuvase a la insuficiencia renal en pacientes portadores de otras patologías (diabetes, hipertensión arterial, etc.)

Si no fuera suficiente con las implicancias éticas de las cifras que se han mostrado, téngase en cuenta que 116 pacientes en diálisis significan unas 18.000 diálisis al año lo que supone un presupuesto de \$ 27.000.000 sólo de aranceles de diálisis al año, a lo que deberían sumarse todos los otros gastos que ocasionan al sistema estos pacientes.

Diagnosticado el problema, no es posible permanecer inactivo.

Los médicos de atención primaria tienen una responsabilidad relevante en evaluar y seguir a los pacientes para detectar oportunamente un problema que afecta especialmente a los hombres mayores de 60 años y pertenecientes al sector público.

Y los urólogos tendrán un papel insustituible a la hora de implementar un programa de trabajo que permita llevar un tratamiento oportuno a estos pacientes.

PROGRAMA DE ASESORAMIENTO NUTRICIONAL

El Programa de Asesoramiento Nutricional se dirige a los pacientes del Fondo Nacional de Recursos, que provienen del Programa de Prevención Secundaria de Enfermedad Vascular Aterosclerótica y a todos aquéllos pacientes que son derivados de los ateneos cardiológico y obesidad y de pacientes enviados por los médicos asistentes del Fondo Nacional que autorizan los procedimientos.

Lunes 14 a 16 hs. y Miércoles 11 a 16 hs.

Por más información: **901 40 91**
www.fnr.gub.uy

Fracaso en las medidas de prevención de la enfermedad vascular aterosclerótica

La aterosclerosis y sus complicaciones cardiovasculares constituyen la principal causa de morbimortalidad en las sociedades occidentales. En el Uruguay, a lo largo de los últimos 40 años, las enfermedades cardiovasculares han ocupado el primer lugar entre las causas de muerte, oscilando entre el 41 y el 38% del total de defunciones en los últimos 10 años.

El desarrollo de investigaciones a nivel básico, clínico y epidemiológico ha permitido identificar diferentes factores de riesgo vascular y avanzar en el conocimiento de los mecanismos moleculares y celulares implicados en la patogénesis de la aterosclerosis.

En los últimos años, diferentes ensayos clínicos han demostrado que el control de los factores de riesgo vascular puede disminuir la aparición de eventos clínicos y aún reducir la mortalidad.

Los avances en las técnicas diagnósticas y terapéuticas de las manifestaciones clínicas, particularmente en la enfermedad coronaria, no invalidan la necesidad de centrar el tratamiento en el proceso aterotrombótico subyacente, tanto en individuos que ya han padecido un evento cardiovascular como en las etapas preclínicas de la enfermedad, para disminuir su prevalencia.

Estos conocimientos constituyeron la base para la elaboración de guías por diferen-

ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA PRINCIPALES INDICADORES DE PREVENCIÓN SECUNDARIA A 6 MESES

(Marzo 2001)

■ Presión Arterial > 140/90	30.3 %
■ Glicemia > 110 mg/dl	60.5 %
■ No conocen resultados	17.4 %
■ Fumadores	13.0 %
■ No reciben tratam. para dislipemia	23.8 %
■ Colesterol y LDL-C elevados	68.5 %
■ No realizan rehabilitación física	32.3 %
■ Reinternación a los 6 meses	10.5 %
■ Tasa general de complicaciones	31.4 %
■ Nuevos proced. a los 6 meses	14.0 % (28.6 % en IMAE C)
■ Mortalidad a los 6 meses	2.3 % (emergencia 13.6 %)

VALORES MEDIOS Y DISTRIBUCIÓN PERCENTILAR DE CT, LDL-C, TG E INDICES ATEROGÉNICOS EN PACIENTES PORTADORES DE CORONARIOPATÍA

PARAMETRO	MEDIA (mg/dl)	PERCENTIL (25 mg/dl)	PERCENTIL (75 mg/dl)
Colesterol Total	226	189	258
LDL -C	144	110	172
HDL -C	44	38	52
Triglicéridos	152	113	216
Indice CT/HDL -C	5.24	4.2	6.0
Indice LDL -C /HDL -C	3.3	2.4	3.9

Julio-Noviembre 2000 / N=214

Correa F, Manfredi A, Gambogi R, Rossello C, Lombide I - Uruguay, Nov. 2000

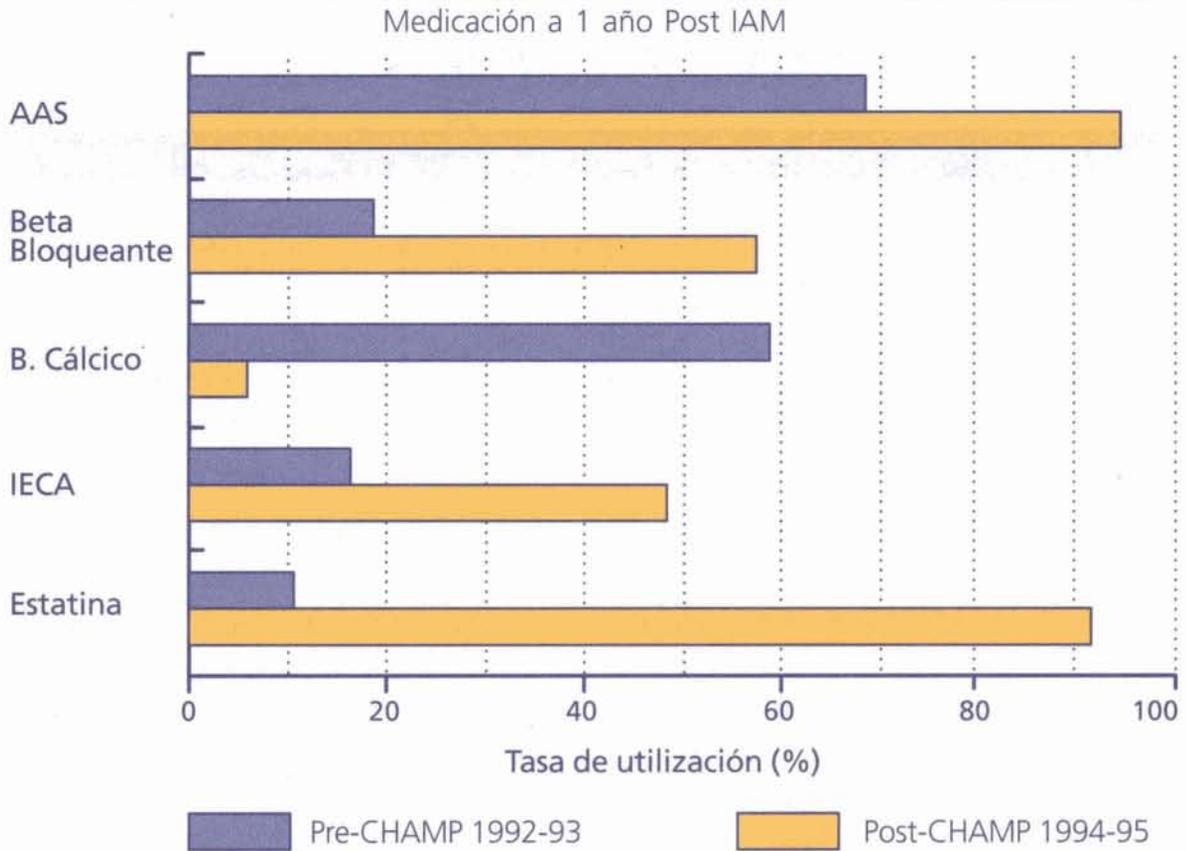
tes sociedades científicas de diferentes países, que enfatizaron sobre la naturaleza multifactorial de la enfermedad aterosclerótica, la necesidad de una intervención también multifactorial considerando el riesgo cardiovascular global del paciente y el empleo de diferentes fármacos de probada eficacia (antiagregantes, IECA, hipolipemiantes y Beta Bloqueantes) particularmente en prevención secundaria o individuos de alto riesgo vascular.

Sin embargo, numerosos estudios han demostrado que en la práctica clínica, los médicos no aplican las recomendaciones basadas en la evidencia disponible.

En el Uruguay, en el período enero-marzo del año 2000, se realizó un estudio de vigilancia epidemiológica retrospectivo en pacientes sometidos a angioplastia transluminal coronaria bajo la cobertura financiera del Fondo Nacional de Recursos. Este estudio permitió conocer la mortalidad global, la situación funcional, com-

plicaciones, reprocedimientos prevalencia de factores de riesgo y grado de control de los mismos transcurridos aproximadamente 6 meses luego de la ATC. Se observó que un alto porcentaje de pacientes no habían logrado el grado de control de los factores de riesgo recomendado en los consensos nacionales e internacionales, 30.3% de los pacientes hipertensos mantenían cifras elevadas de presión arterial, 60% de los pacientes diabéticos manifestaron tener glicemias de ayuno superiores al valor deseable, 13% continuaban fumando, 32% no realizaban ningún tipo de rehabilitación física y aproximadamente 24% de los pacientes que refirieron ser dislipémicos no tomaban ningún hipolipemiante. El análisis a partir de la base de datos del FNR del estudio lipídico básico de 214 pacientes portadores de coronariopatía a quienes se solicitó cateterismo cardíaco para valoración coronaria entre los meses de julio y noviembre del año 2000, mostró un cum-

IMPACTO EN LA APLICACION DEL TRATAMIENTO



Fonarow GC et al. Am J Cardiol 2001;87:819-822 Slide Source: Lipids Online - www.lipidsonline.org

plimiento insuficiente de los objetivos terapéuticos recomendados por el Segundo Consenso Uruguayo sobre Dislipemias. Los estudios referidos ponen en evidencia la existencia de un "vacío terapéutico" y el fracaso en las medidas de prevención de la enfermedad vascular aterosclerótica. Se han identificado diferentes factores responsables de la dificultad de implementar una adecuada estrategia preventiva, dependientes del médico, del paciente y del sistema sanitario. En nuestro país, en el año 2002, el FNR financió la realización de 1976 procedimientos de cirugía cardíaca, 1478 (74.8%) incluyeron la realización de uno o más puentes coronarios, y

2170 procedimientos de ATC. Esta realidad, que permite el acceso de toda la población a tecnologías de alto costo para el manejo de las manifestaciones agudas de la enfermedad se contraponen con los resultados observados en el manejo a largo plazo de los factores determinantes de la misma.

Frente a esta situación, algunos países han implementado programas orientados al manejo global de la enfermedad aterosclerótica en base a equipos multidisciplinares y especializados. Con la finalidad de mejorar el tratamiento en pacientes con enfermedad vascular aterosclerótica, se inició en 1994 el UCLA Cardiac Hospitali-

NIVELES DE LDL-C DURANTE EL SEGUIMIENTO

LDL	PRE-CHAMP 1992-93	POST-CHAMP 1994-95
<100 mg/dl	6%	58%
100-130 mg/dl	15%	16%
130-160 mg/dl	18%	4%
>160 mg/dl	14%	0%
Sin dato	48%	22%

Fonarow GC et al. Am J Cardiol 2001;87:819-822 - Slide Source: Lipids Online
www.lipidsonline.org

zation Atherosclerosis Management Program (CHAMP) en un hospital Universitario. El programa fue diseñado para iniciar en pacientes de alto riesgo (coronarios, portadores de enfermedad vascular cerebral, periférica o diabéticos), terapias probadamente efectivas para reducir la mortalidad (fármacos con eficacia demostrada, ejercicio y dieta). El impacto del programa se evaluó comparando pacientes dados de alta post IAM en el período pre y post-CHAMP. Se evidenció, un mayor porcentaje de pacientes que alcanzaron el objetivo terapéutico para LDL-C y una disminución de eventos clínicos. Basados en este y otros estudios, diferentes sociedades científicas recomiendan a los sistemas médicos donde se asisten estos pacientes, elaborar programas de acuerdo a las recomendaciones internacionales y evaluar continuamente los resultados obtenidos. Una experiencia piloto realizada en la Policlínica de Dislipemias y Riesgo Vascular del Hospital de Clínicas, para evaluar la viabilidad y posible impacto de un programa multidisciplinario y especializado en el

manejo global de la aterosclerosis en pacientes de alto riesgo vascular, mostró resultados alentadores. La implementación del programa y la disponibilidad farmacológica se tradujo en una mayor utilización de los fármacos de eficacia probada, en una excelente adhesión al tratamiento, en un alcance muy significativo de los objetivos planteados y en una mejoría significativa de la función endotelial evaluada a través de estudios no invasivos como respuesta al tratamiento.

Surge la necesidad, en nuestro país, de desarrollar una estrategia para mejorar las medidas de prevención, particularmente en los pacientes con enfermedad aterosclerótica, considerando la relación costo-beneficio, con la finalidad de mejorar la calidad de vida y sobrevivencia de los pacientes y optimizar los recursos invertidos en salud.

El Fondo Nacional de Recursos se ha dispuesto a trabajar seria y dedicadamente en este sentido.

Acreditación de servicios de salud. La experiencia del Fondo Nacional de Recursos.

El Poder Ejecutivo, por intermedio del Ministerio de Salud Pública, ha encomendado al Fondo Nacional de Recursos fijar indicadores de gestión en un plazo de 90 días, como base para un sistema de acreditación de los Institutos de Medicina Altamente Especializada que brindan servicios bajo su cobertura financiera (Dto. 101/003 del 13 de marzo de 2003).

Se trata, seguramente, de una de las primeras experiencias nacionales de generar un programa continuo y sistemático de evaluación y estímulo a la calidad en servicios de salud. Entendemos que es de interés del cuerpo médico nacional conocer los principales elementos que se están estudiando y para ello se transcribe la parte medular de un informe técnico preliminar, sin que ello implique opinión oficial del FNR. Los conceptos vertidos están siendo objeto de estudio por parte de varios grupos de trabajo con participación de los IMAE.

¿Qué significa acreditar un servicio de salud?

La finalidad de un Sistema de Acreditación de Instituciones de Salud es el mejoramiento de la calidad de atención, mediante el cumplimiento de una serie de estándares preestablecidos.

EL CONCEPTO DE ACREDITACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA HABILITACIÓN Y LA CERTIFICACIÓN

La Habilitación, la Acreditación y la Certificación constituyen métodos de evaluación de la calidad basados en estándares. Se transcriben definiciones extraídas de diversos programas de garantía de calidad:

Habilitación

Es un proceso mediante el cual una **autoridad gubernamental otorga el permiso** a un profesional o a una organización **para ejercer** una ocupación, profesión o **desarrollar una actividad** dentro de un sistema de salud. Los reglamentos de habilitación se establecen para asegurar que organizaciones o profesionales **cumplan con los estándares mínimos** de manera de proteger la salud o la seguridad pública.

Acreditación

Es un proceso formal por medio del cual **un organismo reconocido** (puede ser una ONG) **reconoce** que una institución de salud **cumple con los estándares**

publicados, aplicables y preestablecidos. Los estándares de acreditación deben ser óptimos y factibles y han sido **diseñados para fomentar el mejoramiento continuo** dentro de organizaciones acreditadas.

La decisión acerca de la acreditación se toma después de una evaluación local y periódica realizada por un equipo de profesionales y se lleva a cabo cada dos o tres años.

La acreditación es a menudo un proceso voluntario aunque existen experiencias internacionales en donde es exigida por parte de organismos gubernamentales, financiadores o aseguradores.

Certificación

Es un proceso por medio del cual **un organismo autorizado**, ya sea gubernamental o no gubernamental **evalúa y reconoce** a una persona u organización porque **cumple con los requisitos o criterios** preestablecidos. A pesar de que los términos “acreditación” y “certificación” a menudo se usan indistintamente, la acreditación suele aplicarse a organizaciones mientras que la certificación puede aplicarse tanto a organizaciones como a profesionales.

Cuando se aplica a profesionales individuales la certificación **implica que el individuo ha recibido educación y capacitación adicionales** y que **ha demostrado competencia** en un área de especialización **por sobre los requisitos mínimos de la habilitación.**

¿Qué se prevé acreditar en el caso de los IMAE?

Dentro del marco mencionado, la acreditación de los Institutos de Medicina Altamente Especializada que desarrollan procedimientos financiados por el Fondo Nacional de Recursos, tiene como finalidad el mejoramiento de la calidad de atención mediante el cumplimiento de metas óptimas establecidas en estándares que abarcan variables de Técnica, personal médico, de enfermería, para-técnicos y otras categorías. Dotación por tipo de recurso analizándola según la demanda actual y potencial. Formación y capacitación individual y de equipo (especialización necesaria, capacitación, años de desempeño, educación continua...)

PLANTA FÍSICA

- Ubicación acorde a las necesidades del procedimiento y de la demanda.
- Cumplimiento de los requisitos sanitarios.
- Condiciones de conservación.
- Instalaciones requeridas e inversiones destinadas a mejorar la calidad de la atención.
- Dimensiones, diseño, y distribución del espacio acorde a la demanda.
- Capacidad de adaptación de la misma ante fluctuaciones de la demanda.
- Accesibilidad. Accesos circundantes y en la planta principal. Existencia de dispositivos especiales de acceso según el estado de los pacientes.

DEFINICIONES DE ACREDITACIÓN, CONCESIÓN DE LICENCIAS Y CERTIFICACIÓN

PROCESO	ORGANIZACIÓN EMISORA	OBJETO DE EVALUACIÓN	COMPONENTES/ REQUISITOS	ESTÁNDARES
Acreditación (voluntaria)	Entidad reconocida, normalmente una ONG	Organización	Cumplimiento de estándares publicados, evaluación in-situ cumplimiento no exigido por ley y/o reglamentaciones	Establecidos a un nivel alcanzable máximo para fomentar las mejoras con el transcurso del tiempo
Concesión de licencias (obligatorias)	Autoridad gubernamental	Individual	Reglamentaciones para procurar estándares mínimos, examen o prueba de educación/ competencia	Establecidos a un nivel mínimo para procurar un entorno con pocos riesgos de salud y seguridad
		Organización	Reglamentaciones tendientes a procurar estándares mínimos e inspección in-situ	
Certificación (voluntaria)	Entidad autorizada, ya sea gubernamental o no	Individual	Evaluación de requisitos predeterminados, educación/ capacitación adicional, competencia demostrada en algún campo en especial	Establecidos por las juntas nacionales de profesionales o especialistas
		Organización o componente	Demostración de que la organización tiene otros servicios, tecnología o capacidad	Estándares de la industria (ej. Estándares ISO 9000) evalúan la observancia de las especificaciones de diseño

(Fuente: «La Acreditación, la concesión de licencias y la certificación para mejorar la prestación de Servicios de Salud» Vincent Roa, Donna; Rooney, Anne. «Noticias» Proyecto de Garantía de Calidad - University Research Co., Center for Human Services - Volumen 8, Numero 2 - Otoño 1999.

- Nivel de funcionalidad y confort.
- Seguridad edilicia ante diversos riesgos.

EQUIPAMIENTO

- Número y tipo de equipamiento necesario para desarrollar el procedimiento de acuerdo a la demanda.
- Condiciones de mantenimiento preventivo y correctivo
- Renovación.
- Antigüedad de los equipos.
- Seguridad ante diferentes riesgos.

FUNCIONAMIENTO DE LA ORGANIZACIÓN

Área médica

- Grado de coordinación y ajuste obtenido en las áreas asistenciales según niveles de complejidad.
- Funcionamiento de los servicios diagnósticos y terapéuticos.
- Funcionamiento de los sistemas de aprovisionamiento, disposición y distribución de insumos médicos.

- Existencia de protocolos médicos escritos, pautas o normas (protocolos de tratamiento, normas de control de infecciones, normas de manejo de residuos...)
- Existencia de programas específicos (control de infecciones, auditoría médica, auditoría de muertes, registros médicos, satisfacción del usuario, investigación aplicada, seguimiento de pacientes, programas de mejoramiento continuo de la calidad...)
- Área administrativa y de apoyo
- Sistemas contables
- Sistemas de costeo
- Sistemas de inventario
- Grado de desarrollo de los sistemas de información

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Se deberá analizar si el número de procedimientos realizados en un período determinado, se encuentra por encima de los números críticos reconocidos internacionalmente.

RESULTADOS

Se tendrán en cuenta variables específicas por técnica que permitan conocer los resultados obtenidos en los pacientes (infecciones, reintervenciones, mortalidad...)

¿Cómo y cuándo se pondrá en marcha el sistema de acreditación?

El programa de acreditación de los Institutos de Medicina Altamente Especializada se encuentra actualmente en etapa de diseño. En base a lo establecido en el Decreto del Poder Ejecutivo y dentro del marco aprobado por la Comisión Honoraria Administradora, se encuentran trabajando diversos equipos técnicos con la participación activa de los médicos y otros técnicos del MSP, IMAE y FNR.

En base a ese trabajo, se espera contar a fines del mes de mayo con un listado de indicadores apropiados para medir calidad, así como los estándares a ser aplicados en cada caso, y elevar la propuesta al Poder Ejecutivo en el plazo establecido en el decreto de referencia.

**EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA
DECRETA:**

Artículo 1°.- El Fondo Nacional de Recursos, en colaboración con la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública y con la necesaria y equitativa representación de los Institutos de Medicina Altamente Especializada, fijará los indicadores de gestión que avalarán la acreditación permanente de los diferentes IMAE, estableciendo los criterios regulatorios para cada técnica contratada y sugiriendo las medidas a aplicar en casos de eventuales incumplimientos, sin perjuicio del asesoramiento de la Comisión Técnica Asesora sobre Medicina Altamente Especializada.

Artículo 2°.- Las áreas que imprescindiblemente deben ser objeto de evaluación a los efectos de una acreditación permanente y común a todas las técnicas serán:

- 1) Recursos Humanos
- 2) Planta Física
- 3) Equipamiento
- 4) Funcionamiento Organizacional
- 5) Procedimientos realizados
- 6) Resultados

Artículo 3°.- Encomiéndase a la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública a colaborar con el Fondo Nacional de Recursos para determinar en un plazo máximo de 90 días, los conjuntos indicadores que avalen la acreditación de cada técnica, teniendo en cuenta las áreas referidas en el artículo 2° del presente Decreto.

Artículo 4°.- Comuníquese, publíquese, etc.

PROGRAMA DE CESACIÓN DE TABAQUISMO

El Programa de Cesación de Tabaquismo del día martes en el horario de 14 a 16 hs. está destinada a todos los pacientes del Fondo Nacional de Recursos, que tienen actos médicos pendientes en la Institución.

El resto de los días y horarios de este programa está destinado a todos aquellos pacientes del Fondo Nacional de Recursos con factores de riesgo y a la población en general.

Lunes 9:30 a 12:30 hs.
Martes 15 a 16 hs. y 16 a 19 hs.
Jueves 16 a 18 hs.

Por más información: **901 40 91**
www.fnr.gub.uy

Sistema de Información del Fondo Nacional de Recursos

El Fondo Nacional de Recursos (FNR) articula las demandas de actos médicos altamente especializados para unos 20.000 uruguayos por año, de un total de tres millones, demandas que vienen solicitadas desde unas 150 Instituciones de Origen (IO), públicas o privadas, y que se realizan en unos 100 Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE).

Las actividades básicas que desarrolla el sistema de actos de medicina altamente especializada son tres: diagnóstico en origen, tratamiento en los IMAE y evaluación y control en el FNR.

La articulación de esas actividades se realiza a través de un importante flujo de información de todos aquellos participantes, flujo en el que existen las etapas siguientes:

- a) solicitud (IO)
- b) evaluación previa (FNR, cuando corresponda)
- c) autorización (FNR)
- d) realización (IMAE)
- e) aprobación (FNR)
- f) seguimiento (FNR, cuando corresponda)

Podría agregarse una etapa final, de naturaleza diferente, que es el archivo de la información en el FNR, lo que tiene una importancia especial ya que una de cada dos solicitudes provienen de pacientes con antecedentes en el FNR.

El flujo de información responde a un modelo de datos que tiene como soporte una batería de formularios en papel (ahora, con su espejo en formularios electrónicos).

El sistema de información del FNR muestra, desde su creación, tres etapas bien diferenciadas:

- a) la primera, durante la década del 80 e inicios de la del 90, donde sólo se manejaba papel
- b) los diez años siguientes, hasta el 2002, donde había procesamiento de la información del papel en computadoras por y para los usuarios internos del Fondo
- c) la actual, a partir de 2003, donde hay un nuevo sistema informático (denominado «María») orientado a la conexión remota por parte de los usuarios externos (IO e IMAE y organismos con convenios) y la posibilidad de sustituir formularios en papel por formularios electrónicos. Ya existían algunos soportes externos de información en medios magnéticos. Por ejemplo, hace siete años que los centros de diálisis remiten información de sus actos médicos por medio de un archivo en un disquete de frecuencia mensual.

El sistema «María» informatiza totalmente la gestión del FNR y permite a usuarios externos obtener información de sus actos médicos así como cargar datos desde sus propios sistemas (ya sea por digitación remota o por remisión de archivos planos). No todo se puede informatizar. Por ejemplo, se seguirán recibiendo documentos firmados (por ejemplo, el «consentimiento informado») o gráficos (radiografía, electrocardiograma, etc.). Tampoco todo conviene informatizar. Hay IO que solicitan pocos actos médicos por año y que carecen de IMAE institucionalizados. No parece necesario plantear que sean usuarios remotos.

El diseño del sistema «María» aparejó un enriquecimiento del modelo de datos utilizado que se plasmó en una nueva serie de formularios en papel implantados en febrero de 2003 cuyo contenido se refleja en los formularios electrónicos de «María».

El procesamiento electrónico de esa información mejorará las posibilidades de análisis de los actos médicos y extraer mejores estadísticas y conclusiones de ellos; las más importantes estarán disponibles vía INTERNET para todo interesado, permitiendo a la población asistida, que es la que paga los gastos del FNR, tener directo conocimiento de ellas.

El sistema asegura la unicidad de los datos ya que ellos se introducen una sola vez y, una vez validados, automáticamente quedan disponibles a todo nivel..

Otras informaciones de interés para los IMAE es poder conocer solicitudes de pacientes presentadas por las IO que termi-

narán en alguno de ellos o las autorizaciones de inmediato, mejorando el tiempo de coordinación requerida para concretar el acto médico.

El sistema «María» está estructurado en *módulos*.

1. Módulo de información básica

Este módulo permite el mantenimiento, la actualización y consulta de la información básica vinculada luego con los procesos gestionados.

Todas las modificaciones de información (altas, bajas, actualizaciones) que se produzcan quedan registradas en la traza de auditoría del Sistema, constando la fecha y el usuario que la realizó, conservándose la información anterior.

IMAE

Esta función permite mantener actualizado el registro de IMAE autorizados a realizar Actos Médicos para el FNR.

Incluye información sobre:

- Datos Institucionales
- Habilitación (tipo y vigencia)
- Actos Médicos que el IMAE está autorizado a realizar para el FNR

ACTOS MÉDICOS

Posibilita mantener actualizado el conjunto de Actos Médicos financiados por el FNR, incluyendo la fecha a partir de la cual es un acto autorizado.

ETAPAS - TRÁMITE

Las Etapas son las distintas instancias, ya enumeradas, por las que pasa un Acto Médico. También se define el tipo de trámite bajo el cual ingresa un Acto Médico - Paciente, pudiendo ser este Coordinado o No Coordinado (Urgente).

MÉDICOS EXTERNOS

Permite cargar la información de los Médicos vinculados al FNR ya sea a través de las Instituciones de Origen, IMAES, Grupos Evaluadores, etc, incluyendo el N° de Caja Profesional.

INSTITUCIONES DE ORIGEN

Esta sección permite mantener actualizada la información de las Instituciones de Origen.

TABLAS

Permite el mantenimiento de todas las Tablas de validación de los atributos que se utilizan en el diseño de los Formularios.

2. Módulo Gestión de Actos

2.1. Diseño de Formularios

Una de las fortalezas del Sistema será la funcionalidad de Generación de Formularios. El Sistema permite a los operadores designados y capacitados por el FNR para esa tarea, a diseñar cuando se requieran nuevos formularios para las distintas etapas de cada técnica médica, desde opciones propias del Menú sin requerir ninguna nueva instancia de programación. Esto da una gran flexibilidad y potencialidad de evolución al Sistema de Información.

Estructura de los Formularios

Los formularios cuentan con una estructura jerárquica de sus contenidos de forma que permita uniformizar criterios, estandarizar la administración de la información y facilitar la creación e interpretación de los mismos.

Los tres niveles principales que componen cada formulario son:

- **Definición del Formulario**

En esta instancia se establece: Acto médico - Tipo de trámite - Etapa, lo cual define el formulario, así como también se establece la fecha de vigencia del formulario.

- **Bloques**

Son las principales secciones que conforman cada tipo de formulario.

- **Atributos**

Son todos los tipos de variables y datos sobre los cuales se desean obtener información, que conforman el contenido de los diferentes bloques.

Estos campos pueden tener validación, ya sea contra un rango previamente definido, o contra datos de tablas. Se puede definir cuales atributos son requeridos en forma obligatoria en la carga de cada formulario.

2.2. Tareas

Desde esta opción del Menú se abren todas las Tareas de llenado (instanciación) de los formularios para las sucesivas etapas de un Acto - Paciente.

Entre ellas se encuentran el Ingreso de Formularios de Solicitud, Evaluación y Realización. Es uno de los Módulos del Sistema donde habrá una mayor participación directa de los IMAE e Instituciones de Origen.

Otro tipo de Tareas que incluye este módulo son las distintas actividades de Control Médico y Autorización de las Solicitudes y Realizaciones de cada Acto - Paciente, siguiendo el flujo correspondiente a cada tipo de técnica médica y tipo de trámite.

Se ha incorporado también la gestión de la información de los Actos realizados en el Exterior.

3. Módulo Hemodiálisis

Desde esta sección se asigna y administra los cupos de los Centros de Diálisis. El Sistema toma el IMAE solicitado por el paciente y permite asignar turnos y máquinas.

4. Liquidación de Actos Médicos y Proveedores

Este módulo del Programa permite realizar todas las acciones requeridas para la liquidación de actos médicos y proveedores, así como el mantenimiento y consulta de toda la información que sustenta las mismas.

4.1. Mantenimiento de Información para liquidación

Esta información de soporte incluye: Aranceles de los actos médicos y sus componentes, Dispositivos autorizados y Proveedores, Impuestos, Monedas y Tipos de cambio,

4.2. Listados para los IMAE, Proveedores y MEF

Otro cambio en los procedimientos actuales que permite el Sistema es el hecho de que los IMAE facturarán en función de los propios listados emitidos por el Sistema del FNR según los actos controlados y autorizados. Estos listados surgen de las tareas de instanciación de los Formularios (que los IMAE podrán ir realizando a lo largo del mes), su subsecuente Control Médico y la Habilitación para su liquidación, todos pasos que se procesan en el propio sistema. En similar forma se emiten los listados a los Proveedores de Dispositivos.

Respecto a los actos liquidados a los IMAE cuyos pacientes provienen de Instituciones del MSP se confecciona una rendición destinada al MEF.

5. Módulo Costos

Es una nueva funcionalidad desde la cual se cargan los costos asociados a cada realización de un acto-paciente.

Existe una función de producción genérica para cada técnica médica, y a su vez,

con el fin de facilitar la carga de la Información por parte de los IMAE; ellos se podrán confeccionar funciones de producción personalizadas para cada IMAE que permitan recoger la información repetitiva en cada técnica asociada al mismo.

6. Módulo Pacientes

Desde este Módulo se administra el Registro de Pacientes vinculados al FNR, así como también se puede consultar la Historia de todos los actos médicos de cada paciente que hayan sido financiados por el FNR. También desde aquí se puede realizar el

seguimiento permanente de cada trámite ingresado al FNR.

Los IMAE e IO tendrán la posibilidad de consultar en forma remota y permanente el estado de cada trámite de los pacientes vinculados a su IMAE.

Información Estadística

El modelo de datos que sustenta el Sistema permitirá seleccionar variables y combinaciones de las mismas sobre las cuales construir numerosos análisis estadísticos y facilitar la toma de decisiones y la realización de proyecciones.

PROGRAMA DE CONTROL HEPATICOS

El Programa de Hepáticos está dirigido a todos los pacientes trasplantados (autorizados y financiados por el Fondo Nacional de Recursos) y en lista de espera, (pre y post- trasplante).

Martes 15 a 17 hs.- Miércoles 15 a 17 hs.
Jueves 15 a 17 hs.

Por más información: **901 40 91**
www.fnr.gub.uy

La Importancia de los IMAE Públicos

Los muy significativos dineros que maneja el Fondo Nacional de Recursos (FNR) para el financiamiento de actos de medicina altamente especializada, son, por definición, fondos públicos. Ello es así porque están dispuestos y regulados por ley, tienen carácter obligatorio para toda la población y su administración ha sido encomendada a una persona pública que es el FNR.

Administrar fondos públicos supone, además de un muy importante desafío, una responsabilidad relevante.

Los IMAE públicos

Sin embargo, pese a que los fondos del FNR son públicos, los IMAE son en su enorme mayoría privados. Del total de IMAE existentes en el país, sólo un pequeño número se encuentran en instituciones públicas: los IMAE del Hospital de Clínicas, el CENAQUE, el Centro de Médula Osea y el Centro de Diálisis del Hospital Maciel y el Centro de Quemados del Pereyra Rossell.

Por consiguiente, si no se lleva adelante con energía una política explícita de apoyo a los IMAE públicos, los fondos provendrían de toda la sociedad pero terminarían en institutos privados.

El número de actos

Durante el año 2002, los IMAE públicos (incluyendo los del Hospital de Clínicas) realizaron 419 actos de un total de 14.727 procedimientos financiados por el FNR. Parecería una muy pobre performance (apenas un acto por día) que representa el 2.8% del total.

Sin embargo, debe tenerse en cuenta que esta situación del año 2002 es notoriamente mejor que la del año anterior: en 2001, del total de 16.311 actos financiados, 325 fueron realizados en IMAE públicos lo que significaba el 1.9%.

Debe decirse que, entre los múltiples ajustes que se hicieron en la actividad del FNR, mientras el conjunto de los IMAE hicieron un 9.7% menos de actos (pasaron en un año de 16.311 actos a 14.727), los IMAE públicos hicieron un 28% más, pasando de 325 procedimientos a 419.

En cuanto a diálisis, de los 2.168 pacientes dializados mensualmente en promedio, sólo 89 lo hicieron en plazas de diálisis de hospitales públicos (Maciel y Clínicas) lo que significa el 4.1%.

Dos años atrás, del total de 2.457 pacientes, 60 se dializaron en los IMAE públicos, lo que suponía el 2.4%

¿A dónde van los pacientes del sector público?

Los pacientes que se atienden normalmente en hospitales públicos deben resolver sus problemas de alta tecnología médica de la misma forma que los del sector privado y, por lo tanto, deben utilizar también los servicios de algún IMAE.

En primer término, es necesario mencionar que los pacientes provenientes del sector público de salud se realizan notablemente menos procedimientos financiados por el FNR que los del sector privado. De hecho, la relación es cercana a 3:1 tomando el total de los actos anuales.

Como se dijo, en el año 2002 se hicieron 14.727 actos financiados por el FNR sin contar las diálisis. De ellos, 4.132 fueron a pacientes provenientes del sector público, lo que significa el 28.0%

Pueden explorarse diversas hipótesis respecto a la causa de esa situación que se mantiene a lo largo de los años. Entre ellas, que las poblaciones asistidas por el sector público y el sector privado no son iguales en su composición etaria ni en los hábitos de cuidado de su salud; seguramente tampoco tienen igual acceso a los servicios en todos los casos. Sin embargo, parece difícil no reconocer que también incide una diferente exposición de los pacientes a la demanda inducida desde los mismos IMAE que en casi todos los casos están en el sector privado.

A su vez, si se asume que los actos realizados en los IMAE públicos son de pacien-

tes de ese mismo sector, resulta que de los 4.132 actos realizados en 2002 a pacientes del sector público, el 10.1% se cumplieron en IMAE públicos y casi el 90% en IMAE privados.

Eso significa una suma de aproximadamente U\$S 15.750.000 que se transfirieron desde el sector público a los IMAE privados a lo largo del año 2002.

En el año 1999, de los 5.104 actos realizados a pacientes del sector público, sólo el 8% se habían realizado en IMAE públicos.

Por consiguiente, aunque todavía es incipiente y debería ser confirmada con más años de análisis, se puede decir que se está iniciando una tendencia a contener dentro del sector público a los pacientes que de él provienen.

¿Tienen malos resultados los IMAE públicos?

No. Tal como ocurre entre todos los IMAE, hay buenos y no tan buenos resultados entre los que pertenecen al sector público. Aunque debería hacerse un análisis más detallado estudiando caso por caso, no puede decirse que los resultados del sector público sean malos. Incluso algunos de ellos han mostrado muy buenos resultados en las evaluaciones hechas por el FNR, como es el caso del IMAE de Médula Ósea del Maciel, que ha realizado el primer trasplante de médula alogénica con donante no relacionado en el país.

El Hospital de Clínicas hizo en 2002, 121 cateterismos cardíacos a pacientes entre los que se destacan antecedentes patológicos relevantes: es el grupo donde se encuentra el mayor porcentaje de pacientes insuficientes renales en diálisis, portadores de arritmias, con antecedentes de IAM e insuficiencia cardíaca. Es sin embargo el IMAE donde se observa mayor indicación de tratamiento médico o de angioplastia en relación a cirugía entre los de la misma especialidad. El promedio de estadía de los pacientes a quienes se realiza cateterismo en el Hospital de Clínicas es más elevado que en los demás IMAE.

El mismo Hospital hizo 43 cirugías cardíacas en el año 2002, con especial prevalencia de las cirugías valvulares y 40 angioplastias coronarias en pacientes con mayor peso relativo de antecedentes patológicos: cirugías previas, diálisis e insuficiencia renal.

En cuanto a actos vinculados a marcapasos, el Hospital de Clínicas realizó 38 en el año pasado. De esos, el 68% fueron implantes, el 23% recambios y el resto exploraciones.

Como se desprende de los números anteriores, en los IMAE del Hospital de Clínicas se percibe un bajo número de procedimientos. De acuerdo a la experiencia internacional, el aumento en estos números incidirá favorablemente en los resultados.

En cuanto a los trasplantes de médula ósea, el IMAE del Hospital Maciel realizó el mismo número que los IMAE privados. Los 105 que se hicieron en total en un año, se distribuyeron en cuatro grupos similares. Llama la atención además que no fue igual la distribución por tipo de trasplante: el Maciel realizó un 20% de los más complejos (trasplantes alogé-nicos) mientras alguno de los privados tuvieron porcentajes muy bajos de los mismos. A pesar de ello, la mortalidad de los trasplantes de médula ósea de los pacientes en el Maciel es comparable y aún más baja que en algunos privados. El promedio de estadía ha sido el menor de todos los IMAE.

El tratamiento de quemados en el país se distribuye entre tres IMAE: del total de 156 pacientes anuales, 92 fueron tratados en el CENAQUE, 60 en el Pereira Rossell y 4 en el único IMAE privado. Pese a que la complejidad de los pacientes fue mayor en los IMAE públicos, la mortalidad fue menor.

En cuanto a los Centros de Diálisis públicos, tanto el Hospital de Clínicas como el Hospital Maciel tuvieron tasas de mortalidad estandarizada dentro del rango esperado a nivel nacional.

Algunas conclusiones

Si bien los pacientes del sector público utilizan los servicios del FNR en una proporción menor que los que son cubiertos por el sector privado, cuando los utilizan queda de manifiesto una tendencia a trasladar su tratamiento al sector privado. Ese fenómeno se relaciona con una notoria escasez de IMAE públicos y arroja como resultado una importante transferencia de recursos aportados por el Estado hacia institutos privados.

En el correr del último año, y en forma simultánea con el fuerte ajuste ocurrido en el número de actos financiados en total por el FNR, se produjo un incremento (no sólo relativo sino también en números absolutos) en la actividad de los IMAE del sector público.

Se ha podido comprobar una incipiente tendencia a que los IMAE del sector público "captan" una proporción mayor de actos, sobre todo a partir de los pacientes del mismo sector.

Esto ha sido una política expresa del FNR basada en una voluntad de fortalecimiento del sector público de salud.

Los resultados de los IMAE públicos ponen de manifiesto las mismas tendencias que ocurren en todos los centros: son mejores en aquellos que trabajan con números suficientes, por lo cual deberá redoblarse el esfuerzo para incrementar su actividad.

¿Son necesarios más IMAE?

Una discusión con historia

Una de las discusiones que resurgen periódicamente en el análisis del sistema de salud uruguayo ha sido cuántos efectores o instituciones son necesarias. Aplicado ese cuestionamiento al Fondo Nacional de Recursos, la pregunta que surge es cuántos IMAE deben existir y en base a qué criterios se puede determinar un número.

A lo largo de los años se han escuchado diversas opiniones: desde aquellos que tuvieron la visión de un único IMAE para cada especialidad que centralizara toda la actividad del país, hasta quienes fundamentaron la conveniencia de permitir un "libre mercado" que regulara espontáneamente el número de instituciones y la distribución de los actos.

En medio de ese debate, y con el respaldo del marco normativo que lo regula, el FNR siempre ha defendido su potestad de determinar con autonomía qué procedimientos se incluirán en su cobertura y qué instituciones estarán autorizadas a realizarlos como IMAE. Para el FNR siempre han sido los criterios técnicos los únicos adecuados para determinar cuándo es necesario contar con un nuevo IMAE, en función de las necesidades de los pacientes y la estabilidad del sistema.

Ya en las actas de la Comisión Honoraria Administradora del año 1985 se encuen-

tra la preocupación por respetar los números mínimos de cirugías que debe realizar un cirujano por año diferenciando las patologías quirúrgicas en adultos y en niños como distintas especialidades. En más de una ocasión, el FNR adoptó medidas (que llegaron incluso al cierre) respecto a los IMAE que no alcanzaban números mínimos de actividad o cuyos resultados no se encontraban dentro de los estándares aceptables. En todas esas circunstancias el FNR asumió la responsabilidad de hacer cumplir las condiciones técnicas de los procedimientos como forma de asegurar a los pacientes que los IMAE en que se tratan reúnen condiciones para un funcionamiento correcto.

Puede decirse que el FNR ha defendido siempre los fundamentos técnicos de su actividad: han sido las definiciones técnicas (y no las presiones políticas, las de la industria o las de los grupos corporativos) las que permiten al sistema de salud contar con el FNR como una herramienta útil para el tratamiento de los pacientes y estable desde el punto de vista económico.

Hoy, cuando el financiamiento a través del FNR es uno de los pocos confiables que existen en el medio, es oportuno difundir la política que se ha aplicado y se aplica en la materia.

El marco actual del problema. El número de actos.

En los últimos años el número de procedimientos financiados por el FNR ha descendido notoriamente revirtiendo una tendencia anterior de crecimiento continuado. Esa modificación se obtuvo en base a la evaluación más cuidadosa de las indicaciones, la realización de auditorías y el control de la actividad de los IMAE.

En el momento actual, si bien los números son más cercanos a los estándares internacionales, son todavía elevados. Por ese motivo, continuará el esfuerzo por discriminar aquellas solicitudes de actos médicos que no se ajusten a las indicaciones o que no tengan en cuenta las condiciones generales de los pacientes. Por ese motivo, es esperable que el número de actos cubiertos por el FNR continúe descendiendo.

Al mismo tiempo, la introducción y consolidación de nuevas técnicas para el tratamiento de las mismas patologías (como es el caso del cateterismo en afecciones que antes requerían cirugía cardíaca) afectará a la baja el número de procedimientos hechos con técnicas anteriores. Ello no había ocurrido así en el pasado, siendo llamativo que en Uruguay continuó creciendo el número de cirugías de revascularización aún años después de incorporada la angioplastia y en forma paralela al incremento de éstas.

En ese marco, nadie debería interpretar que existe la posibilidad de un número indefinido de IMAE porque la demanda de servicios no es indefinida. Por lo tanto, cada propuesta de un nuevo centro debe hacerse en el entendido de una redistribución de los actos que ya existen. No de un mayor número de actos. El incremento del número de actos que en Uruguay mostró una gran elasticidad durante tantos años, no será la "variable de ajuste" que permita financiar a un número ilimitado de IMAE.

La distribución de la actividad por IMAE

Si se observa lo que ha ocurrido en los últimos años con los actos del FNR, se encuentra que cada nuevo IMAE se vincula prioritariamente a una institución o un grupo de instituciones a partir de las cuales recibe sus pacientes. Esa atomización del sistema de salud reduce la actividad de cada IMAE y afecta la calidad de sus resultados.

Ese fenómeno de redistribución entre los IMAE se suma a la tendencia general de baja en el número de procedimientos, por lo cual la situación se vuelve cada vez más inestable. De la asociación de ambos fenómenos resultan cifras impactantes: por ejemplo, en cirugía cardíaca de adultos se prevé que un IMAE que realizó más de 550 procedimientos en 2002, realice apenas 400 en 2003. U otro que atendió por encima de 350 pacientes en 2002 alcance 170 en 2003.

El impacto en los resultados

Las tasas de mortalidad al alta no son ajenas al número de procedimientos realizados por cada IMAE. Eso se registra en cualquier país del mundo que lleve estadísticas confiables. En el ejemplo al que hicimos referencia, la atomización de los últimos años generó problemas para la calidad de la cirugía en el país. En el pasado, incluso reciente, el FNR y los mismos IMAE tuvieron que adoptar resoluciones respecto a IMAE de otras técnicas que, al no alcanzar números mínimos, vieron afectados sus resultados.

Los criterios técnicos que utiliza el FNR

Pueden sistematizarse de esta forma las orientaciones que han manejado las Autoridades del FNR para analizar las propuestas de apertura de nuevos IMAE. En los últimos años (sin desmedro de otros ejemplos anteriores) han sido descartados varios proyectos en aplicación de estos criterios.

Se tienen en cuenta especialmente las **solicitudes de IMAE a radicarse en hospitales públicos, en particular si incluyen programas de formación de recursos humanos**. El 28% de los procedimientos cubiertos por el FNR están destinados a pacientes provenientes del sector público. Sin embargo menos del 5% de los actos se realizan en IMAE públicos lo que pone de manifiesto la carencia actual de IMAE en este sector y la importante transferencia de recursos que de ello se deriva.

Se da prioridad a las **solicitudes de IMAE cuyo titular sea una institución de asistencia médica colectiva**. La realización de actos médicos en IMAE pertenecientes a instituciones facilita la continuidad de la asistencia, evita traslados inconvenientes y no genera las incertidumbres que se producen en otros casos respecto a la responsabilidad asistencial sobre los pacientes.

Se tiene en cuenta el **riesgo de que la nueva incorporación pueda generar un mayor número de actos** por inducción de demanda de pacientes no correctamente estudiados.

De igual manera se evalúa el **riesgo de que el número de procedimientos que realizará cada uno de los IMAE (tanto el nuevo como los existentes) quede por debajo del mínimo aceptable** para esperar buenos resultados médicos, de acuerdo a la experiencia internacional.

Se presta atención simultáneamente a la **viabilidad económica del emprendimiento así como a sus consecuencias en los existentes** en la misma especialidad.

En base a las cifras que figuran ampliamente en la literatura, debe analizarse el **número crítico de actos a realizar anualmente por cada uno de los médicos o cirujanos** para no afectar sus resultados, y si el proyecto en cuestión permite prever que se alcanzará ese mínimo.

La **capacitación y experiencia de los técnicos propuestos** así como sus **antecedentes** en otros centros del medio son considerados como parte de la evaluación.

En ciertas técnicas cubiertas por el FNR debe tenerse en cuenta que se respeten criterios bien definidos a nivel internacional como es el caso de la **necesidad de un stand by quirúrgico disponible en forma continua** para asistir eventuales emergencias que puedan presentarse no sólo en los pacientes operados sino también los provenientes de otras técnicas invasivas como la angioplastia. Por consiguiente los proyectos no deben ser

evaluados de forma aislada sino integrados dentro de una propuesta asistencial global. De la mano del tema anterior, resulta que todo IMAE debe presentar una **nómina de especialistas que asegure contar con técnicos experimentados en número suficiente** para la asistencia continuada.

Finalmente, el FNR requiere en todos los casos la **documentación que acredite la habilitación de las instalaciones** donde el IMAE brindará sus servicios. Esto es particularmente relevante en los casos de IMAE no institucionales que arriendan plantas sanatoriales.

¿Cuáles son los pasos para el funcionamiento de un nuevo IMAE?

1. Para un nuevo IMAE se debe presentar ante las Autoridades del MSP un proyecto documentado, solicitando la creación de un nuevo centro para realizar alguna de las técnicas cubiertas por el FNR. En la fundamentación deben incluirse aspectos asistenciales y económico-financieros.

2. Una vez autorizada por el MSP la creación del nuevo servicio, y obtenida su habilitación, los interesados deberán presentarse ante el FNR solicitando la cobertura financiera para los procedimientos que realicen. Se trata de una instancia diferente a la habilitación del MSP.

3. Es potestad del FNR otorgar o no dicha cobertura para lo cual se tendrá en cuenta dónde se radicará el nuevo IMAE, si formará nuevos recursos humanos, si el número de técni-

cos permitirá otorgar asistencia continua y segura, si la experiencia de los mismos es suficiente, si se respetarán los números mínimos de actividad de cada IMAE y de cada técnico, si se genera riesgo de inducción de demanda y si se cuenta con las habilitaciones correspondientes.

4. Sin desmedro de los controles específicos del MSP, el FNR realizará evaluaciones de la actividad de los IMAE incluyendo el seguimiento de sus resultados. En base a las mismas, mantendrá o suspenderá la cobertura que se otorgó.

5. Adicionalmente, los IMAE deberán presentarse ante un sistema de acreditación cuando consideren que reúnen los requisitos básicos. Los resultados de esta acreditación serán públicos.

El Fondo Nacional de Recursos y la compra de insumos y dispositivos médicos

El Fondo Nacional de Recursos ha expuesto en varias oportunidades las grandes líneas de su relación con los IMAE y los principales programas de trabajo que se adoptaron para dotar a este organismo de controles más eficaces.

El programa de seguimiento y evaluación de resultados y el programa de segunda opinión médica han sido herramientas de gran importancia en el esfuerzo por focalizar la actividad del FNR en indicaciones precisas en las que esté demostrada la efectividad de los procedimientos. La comparación con la experiencia internacional, así como la convocatoria a consultores clínicos de otros países han permitido ajustar las cifras nacionales a las de los centros de referencia.

El resultado de estos programas ha sido ampliamente favorable. En primer lugar, para la calidad de la asistencia: el FNR cuenta con programas de auditoría, una más estricta aplicación de las normativas, un funcionamiento sistemático de ateneos con presencia de los médicos tratantes, visita médica previa a los pacientes y programas de seguimiento que en algunas técnicas se inician antes del alta e incluyen hasta los dos años del post operatorio.

En segundo lugar, estos programas han tenido un efecto inesperado sobre la actividad del FNR: la difusión de los sistemas de control resultó útil también para los médicos de los IMAE que en este período han modificado las tasas de uso de las diversas técnicas. Como resultado, las 20.000 solicitudes de cobertura que llegaban al FNR hace algunos años, se han transformado en 15.000 en este último. Por lo tanto, estos programas orientados específicamente a la mejora de la calidad, han tenido a la vez un impacto favorable sobre la situación económica del sistema.

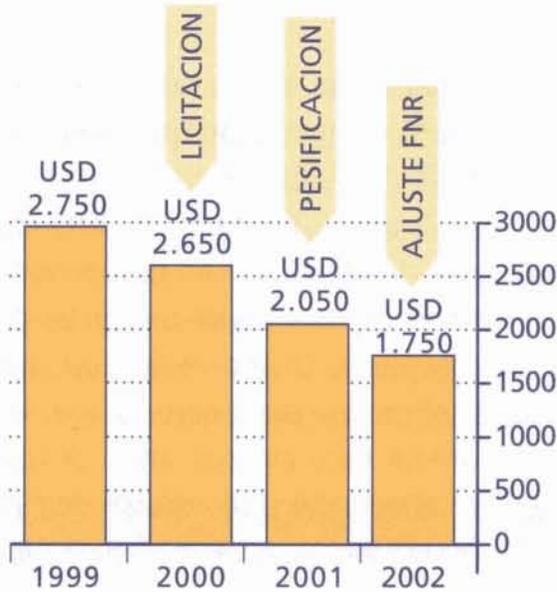
Sin embargo, se ha informado poco de lo que hace el FNR en relación a la compra de insumos y dispositivos que se utilizan en los actos médicos. La intención de este artículo es mostrar algunos de los datos más significativos.

Los dispositivos que compra el FNR

El FNR paga los insumos necesarios para los actos médicos que financia, a través de dos mecanismos: algunos están incluidos en el arancel y por lo tanto los negocian y los compran los IMAE; otros, en

EVOLUCION PRECIO UNITARIO DE MARCAPASOS

Años 1999 Al 2002: Precio Promedio Marcapasos C/electrodos al 31 de Diciembre en Dólares Norteamericanos



En todos los casos incluye impuestos

cambio, son adquiridos por el FNR y dejados a disposición de los IMAE en cada acto médico.

En cuanto a los dispositivos e insumos que compran directamente los IMAE, el FNR recibe información de precios y cantidades a través de un sistema de información periódica, que es tenida en cuenta cuando se fijan los aranceles.

La compra de los otros insumos (marcapasos y electrodos, válvulas cardíacas, stents coronarios, material de diálisis peritoneal, prótesis...) es realizada directamente en el FNR a través de los procedimientos habituales.

En estos casos el FNR asume el gasto que, a diferencia de las otras situaciones, debe ser sumado a los aranceles para conocer el costo total por paciente.

La evolución del gasto en dispositivos

El esfuerzo realizado en el control de esta parte del gasto ha sido muy significativo. Se han llevado a cabo llamados públicos a presentación de ofertas que son posteriormente mejoradas a través de rondas adicionales de negociación con los proveedores previstas expresamente en las bases de las licitaciones.

Como resultado de este esfuerzo se ha podido abatir el gasto de manera importante, aún en los dispositivos importados que tienen sus precios fijados en dólares. Por ejemplo, el precio de un cardiodesfibrilador que en el año 1999 estaba en U\$33.200 con los impuestos incluidos, pasó a U\$16.428 en el año 2002. Del mismo modo, un marcapasos que en 1999 se pagaba a U\$2.750, en 2002 bajó su precio a U\$1.750 también incluyendo los impuestos. Una variación aún más importante se produjo en el precio de los stents coronarios que se utilizan en la mayoría de las angioplastias: partiendo de U\$1.989 (con los impuestos) en 1999, bajaron a U\$545 en 2002.

Si se divide el total de gastos en materiales en cada tipo de acto, sobre el total de procedimientos realizados, se observa que,

EVOLUCION PRECIO UNITARIO DE STENTS

Años 1999, 2000 y 2001: Precio promedio en Dólares Norteamericanos



En todos los casos incluye impuestos

entre 1999 y 2002, el gasto en materiales bajó promedialmente U\$1.227 en los actos de marcapasos, un promedio de U\$1.482 actos de angioplastia y U\$14.418 en los actos de cardiodesfibrilador.

Téngase en cuenta que estos mejores precios se obtuvieron en malas circunstancias desde el punto de vista comercial porque en ese mismo período descendió notoriamente el número de actos y por lo tanto la cantidad de dispositivos colocados.

En el momento actual están en curso nuevos llamados a precios y negociaciones en varios dispositivos, entre ellos los marcapasos.

Algunas interferencias sorprendentes

Las rebajas de precios se obtuvieron a través de un esfuerzo de negociación. Adoptar una postura firme, que dejara bien establecido que el proveedor que no se acercase a las posibilidades financieras del FNR y del país quedaría "fuera del mercado", resultó clave para el éxito de estas negociaciones.

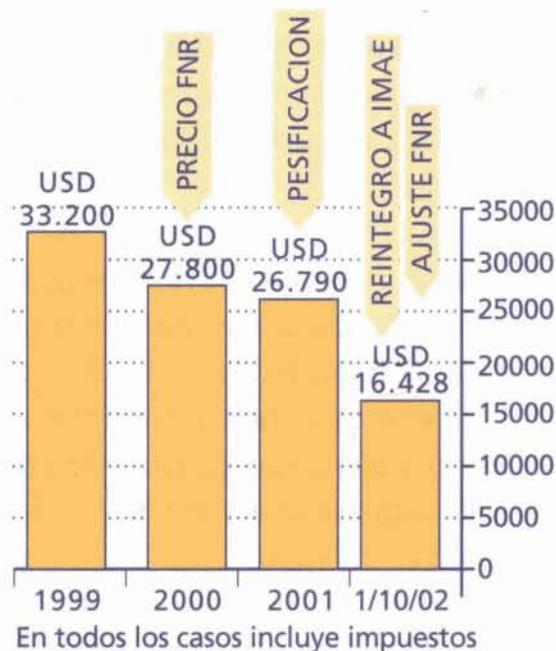
En cualquier negociación, la firmeza, la constancia y la claridad del mensaje resultan muy importantes. Sin embargo, al FNR se le interpusieron algunas interferencias muy llamativas justamente por provenir desde ámbitos donde no deberían haber ocurrido.

Si para obtener mejores condiciones de un proveedor se requiere presionar con la posibilidad de quedar afuera, no hay mensaje más contraproducente que decir que justamente ese proveedor es imprescindible. Esa situación se dio en forma reiterada y en el peor contexto posible: provino de grupos médicos que colocaron su especialidad -e incluso su sociedad científica- al servicio de determinados proveedores, utilizando argumentos de supuesta mala calidad imposibles de demostrar, sin aportar documentación científica, presionando a través de la prensa y en forma corporativa.

Objetivamente, esos especialistas quedaron comprometidos en las maniobras comerciales de algunos proveedores que lin-

EVOLUCION PRECIO UNITARIO DE CARDIODESFIBRILADOR

Años 1999, 2000 y 2001: Precio C.D.A.I. BICAMERAL Diciembre en Dólares Norteamericanos



daron con lo ilícito, como presentarse a los llamados con precios acordados de antemano o cotizar exactamente los precios vigentes.

El primer esfuerzo importante por quebrar los acuerdos de precios se dio ante un grupo de 9 empresas que presentaron el mismo precio en la licitación de stents coronarios. En ese momento, cuando para el FNR era vital "castigar" de manera efectiva esa conducta antiética y anticomercial, los proveedores encontraron un respaldo en grupos médicos que manifestaron públicamente que no se podía prescindir de los mismos.

De igual modo, en dos ocasiones, una muy reciente, se han elevado voces organizadas de médicos implicados porque realizan esas técnicas, que cuestionan las negociaciones para la compra de marcapasos. Mientras el FNR hizo los esfuerzos que culminaron en las cifras ya mostradas, algunos proveedores lograron hacerse oír a través de los médicos, denostando a sus competidores y a quienes negociaron.

Tal estrategia, utilizada por empresas proveedoras en países con elevado nivel de corrupción y falta de transparencia, permite al vendedor defender su producto de manera indirecta, sin hacer mención a sus intenciones comerciales como si se tratase solamente de una preocupación por la calidad. En cambio, quien compra queda expuesto a la opinión pública como si sólo estuviese preocupado por lo económico.

Con acierto se ha llamado a esta nueva forma de relacionamiento de los vendedores con los médicos como "el complejo médico – industrial" y está concebido para enfrentar a las agencias financiadoras y reguladoras.

El caso del FNR podría ponerse como un ejemplo de este tipo de estrategia que, afortunadamente, no ha dado resultado pese a los reiterados intentos desestabilizadores.

La cobertura del Transplante Hepático por el Fondo Nacional de Recursos

Los primeros pacientes cuyos trasplantes hepáticos fueron cubiertos por el Fondo Nacional de Recursos, recibieron su tratamiento en 1994. Si bien inicialmente se realizaron algunos en España, rápidamente se estudió la viabilidad de un acuerdo con alguno de los centros existentes en la región.

Se hicieron contactos con reconocidas clínicas de Argentina y de Brasil, alcanzándose finalmente un convenio con el Hospital Italiano de Buenos Aires donde se están realizando actualmente.

Hasta el momento se han transplantado 58 pacientes. De ellos fallecieron 13, permaneciendo los demás en control bajo cobertura del Fondo.

Los resultados tanto en términos de mortalidad como de calidad de vida se encuentran al nivel de los estándares internacionales. La demora para la obtención del donante es prolongada a pesar de los múltiples esfuerzos realizados por el FNR y por el Banco Nacional de Órganos y Tejidos. En el momento actual esa demora afecta a los pacientes de Uruguay y a los argentinos.

El seguimiento de estos pacientes queda bajo cobertura del FNR lo cual genera una

situación muy compleja ya que la condición de transplantados no debería provocar que cualquier afección intercurrente deba ser atendida en un centro de transplante.

En este contexto, una política para el transplante hepático debería contestar al menos las siguientes interrogantes:

1. ¿Es razonable continuar enviando los pacientes a transplante hepático en el exterior o debería nuestro país contar con un centro propio?
2. En cualquiera de las dos hipótesis ¿la expectativa de procuración de órganos es la adecuada para una espera aceptable?
3. ¿El control post transplante hepático debe hacerse necesariamente en el mismo centro de transplante o es posible contar con un centro asociado más cercano a los pacientes?

1. ¿Dónde deben hacerse los trasplantes?

En relación a este primer punto, el FNR ha mantenido siempre la misma línea: los trasplantes hepáticos deben realizarse en el lugar donde se obtengan resultados

buenos en la comparación internacional a un costo adecuado para el sistema. Para que ambas condiciones puedan alcanzarse, es necesario demostrar científicamente que el número de trasplantes esperables en base a la población del Uruguay es suficiente para asegurar buenos resultados médicos y un costo unitario comparable a los internacionales.

Por consiguiente, una discusión en términos de trasplantes en el Uruguay o en el exterior está mal planteada. Si una postura corporativa o "seudo-patriótica" termina falseando los datos de la realidad, se llegará a una mala decisión. La población del Uruguay tiene derecho a acceder a los mejores resultados pagando un precio acorde a lo que se paga en el mundo por un trasplante hepático.

Pese a que los grupos con intereses en el tema han querido presionar al FNR generando debates en los más diversos ámbitos (políticos o médicos, en la prensa o a través de los pacientes), el FNR ha seguido avanzando paso a paso.

- a. Se ha mantenido el convenio con el Hospital Italiano de Buenos Aires que, por el momento, es la solución que asegura al Uruguay buenos resultados y mejores costos.
- b. Se han solicitado propuestas técnicas y económicas a otros centros de la región y se han visitado sus instalaciones por parte de médicos del FNR. Por el momento no han sido mejores

que el Italiano, pero permite mantener diversidad de contactos y preservar mayor libertad de decisión.

- c. Se han mantenido varias reuniones de trabajo con grupos médicos del Uruguay, en especial con la Fundación que desarrolló el trasplante hepático en el Hospital Militar. Sin ingresar en el problema de los resultados médicos obtenidos, lo que no es objeto de este informe, en todas las negociaciones el precio que se aspiraba a cobrar al FNR por parte de ese grupo han sido más altas que lo que se paga en Buenos Aires. La diferencia fue de tal nivel que impidió continuar las tratativas luego de años de negociación.
- d. Se negociaron nuevas condiciones económicas con el Italiano de Buenos Aires lo que permitió abatir sustancialmente los costos para el FNR a partir del año 2001.
- e. En los últimos meses –llamativamente después que el FNR contrató una hepatóloga uruguaya para coordinar estas actividades- llegaron al FNR otras propuestas para hacer trasplante hepático en el Uruguay. Siempre se ha entendido que el FNR no debe ser un organismo para financiar la curva de aprendizaje de los grupos médicos, por lo tanto quienes aspiren a entrenarse deberían buscar su financiamiento en otro ámbito.

f. Para contestar la pregunta principal *¿se justifica un centro de trasplante hepático en el Uruguay?* el FNR ha contratado a un especialista español, con formación específica en estos temas que asesorará en base a la experiencia de aquel país. Debe tenerse en cuenta que España tiene hoy en día los más altos estándares respecto a tasas de donación y de trasplantes y su programa nacional es referencia internacional. Dentro de pocos meses se contará en el Uruguay con el primer informe epidemiológico y demográfico imprescindible para formular una política en este tema. Se trata de una decisión demasiado relevante para que quede solamente en manos de los grupos corporativos implicados económicamente.

g. El FNR actuará exclusivamente en base a lo que arroje dicha consultoría independiente: si se justifica técnicamente tener un centro de trasplante en el Uruguay se adoptarán mecanismos objetivos para seleccionar el grupo al que se le encomiende esa tarea. En caso contrario se mejorará en cuanto sea posible el relacionamiento con centros regionales.

2. ¿Qué ocurre con la lista de espera?

Uno de los cuestionamientos que causan más impacto en la opinión pública se re-

fiere a que el hecho de remitir los pacientes a la Argentina puede ocasionar mayores demoras a los uruguayos por ingresar en aquella lista de espera.

Debe quedar bien claro que existen mecanismos que permiten al Uruguay manejar su lista de pacientes con procuración de órganos de nuestro país. De hecho ese sistema funciona para el trasplante pulmonar que se realiza en la Fundación Favaloro.

Las actuales autoridades del Banco Nacional de Órganos y Tejidos tienen importante trayectoria en la materia y su trabajo es reconocido internacionalmente. Por consiguiente el esfuerzo por acortar los tiempos de espera deben hacerse tanto si el trasplante se hace en Buenos Aires o si se hace en Montevideo. Existen procedimientos para optimizar los tiempos en ambos casos.

Mientras tanto, la tasa de trasplantes hepáticos efectivamente realizados en pacientes uruguayos, se encuentra dentro de las cifras esperadas.

3. ¿Dónde deben hacerse los controles post trasplante?

No existen dudas que la evaluación del paciente antes del trasplante y su ingreso a la lista de espera deben ser realizados en el centro transplantador, por parte del mismo equipo médico-quirúrgico que se hará cargo del tratamiento.

No necesariamente ocurre lo mismo con los controles posteriores al alta. También en este tema el FNR ha hecho un proceso paso a paso.

- a. Durante la etapa de consolidación del convenio con el Hospital Italiano, los pacientes realizaban todos sus controles en ese centro, lo cual supuso viajes frecuentes con acompañante. Ello tiene su impacto para el paciente y para los costos del sistema.
- b. Por ese motivo, en el último período se ha formulado en conjunto con el Hospital Italiano un programa de seguimiento que permita una mayor participación de especialistas uruguayos y minimice los traslados innecesarios.
- c. A esos efectos el FNR contrató una hepatóloga que tiene a su cargo el relacionamiento técnico con el Hospital Italiano y con los médicos tratantes en el Uruguay. Se han comenzado los controles de los pacientes que no requieren ir a Argentina para lo cual están viajando los coordinadores de los trasplantes de adultos y pediátrico desde Buenos Aires. De esta forma, los controles se realizan conjuntamente, bajo la dirección de los especialistas que hicieron los trasplantes y con la participación de los médicos tratantes en Uruguay.
- d. Para el área pediátrica, que tiene su especificidad, el FNR realizó un llamado público a Pediatras con formación y experiencia en Gastroenterología que permitirá seleccionar los especialistas necesarios y asociarlos al programa de controles.
- e. Al mismo tiempo se han contratado servicios diagnósticos de gran importancia en estos pacientes (laboratorio, imagenología, anatomía patológica...) y camas de internación para aquellos casos que no requieran traslado a Buenos Aires.
- f. Ha sido política del FNR en este tema avanzar lentamente, asegurando en cada paso a los pacientes la máxima contención y respaldo técnico. En ningún caso ha sido lo prioritario la restricción económica sino, por el contrario, asegurar que exista en Uruguay una referencia que les permita hacer un uso normal del sistema de salud sin depender continuamente de la Argentina.

En resumen: Uruguay cuenta hoy con una buena situación en transplante hepático obtenida a través de una política continua de evaluación y ajustes. El análisis científico del tema permitirá conocer si es necesario introducir nuevos cambios, siempre que los mismos estén destinados a buscar mejores resultados. Los verdaderos intereses de los pacientes deben ser el objetivo central a salvaguardar.

GESTION DE CALIDAD ASISTENCIAL EN LOS SERVICIOS QUE FINANCIA EL FONDO NACIONAL DE RECURSOS

El 12 y 13 de octubre pasado el Prof. Dr. M. Alvarez de Mon Soto, Director del Servicio de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Alcalá de Henares, visitó nuestro país y participó en distintas actividades a las que asistieron miembros de los IMAE, personal técnico del Fondo Nacional de Recursos, y médicos de los Grupos de Interconsulta Médica. Los aspectos centrales que desarrolló fueron los de Gestión de Calidad en los servicios asistenciales y Evaluación de nuevas tecnologías. Destacamos de sus intervenciones algunos conceptos fundamentales:

La gestión de los servicios asistenciales es una responsabilidad de los médicos. **En efecto, los servicios asistenciales no son un lugar donde los médicos realizan exclusivamente su ejercicio profesional, sino que son un lugar en el que a través de ese ejercicio buscan resultados de excelencia.**

La gestión de calidad de los servicios asistenciales, es reclamable por los administradores. **Los médicos no sólo ejercemos la profesión buscando resultados excelentes, sino que debemos incorporar otros enfoques de la calidad: la satisfacción de nuestros pacientes, y la eficiencia, que significa obtener resultados con economía de recursos. Lo ideal es que los médicos tengamos la capacidad**

de auto-regularnos, pero si no lo hacemos, es obligación de los administradores reclamar que desarrollemos una gestión de calidad.

La gestión de calidad se refleja en el cumplimiento de indicadores que no son otra cosa que los resultados que esperamos cumplir. **Es por lo tanto obligatorio poder mostrar nuestros resultados, poder medirlos y poder compararlos con quienes hacen el mismo trabajo, dentro y fuera del país. Para comenzar a establecer indicadores, lo mejor es tomar los resultados actuales del servicio mejor posicionado del país. Esto ya es un objetivo de mejora para quienes lo hacen peor, así como mejorar sus indicadores, es el objetivo de quien obtiene resultados comparativamente destacados. A mediano plazo, la selección por los usuarios de servicios se hará teniendo en cuenta quiénes consiguen mejores resultados, en lugar de guiarse por recomendaciones subjetivas o amiguismo. Esto es algo que responde a la necesidad de satisfacer a los usuarios.**

La gestión de calidad, por lo tanto, busca esencialmente mejorar los resultados asistenciales. **En este sentido, gestionar calidad no es algo exótico, sino una forma universal de**





trabajar, que no se aplica sólo a la práctica médica, sino a la asignación de los recursos y a la evaluación de nuevas tecnologías. La medicina basada en la evidencia (no sólo la que apoya la introducción de nuevos fármacos y técnicas) sino la que verifica su utilidad en los grandes números asistenciales, en la calidad de vida de los pacientes, es una herramienta a aprovechar.

La gestión de calidad es lo que debe exigir un financiador de servicios asistenciales, si no quiere condenarse a ser un simple pagador de actos en cualquier cantidad y calidad. **Los médicos debemos habituarnos a mejorar la transparencia de lo que hacemos, porque eso fortalecerá la negociación de recursos con quienes nos financian. Nadie nos va regalar nada que no podamos demostrar es en beneficio de nuestros pacientes y de la sociedad que aporta los recursos.**

Los gastos en salud no pueden seguir creciendo y no van a seguir creciendo, es una obligación de justicia distributiva asignarlos equitativamente. **Una práctica médica que no tenga en cuenta esta realidad (somos administradores de recursos escasos) condena a las instituciones a la ruina, y a los ciudadanos a no ver asistidos sus derechos más elementales. En los países más desarrollados, la cercanía de los médicos a la gestión, sensibiliza a éstos a no gastar más allá de lo que está disponible.**

La introducción de sistemas de gestión de calidad en los servicios asistenciales, es una apuesta que beneficia a los pacientes, a los médicos y a la sociedad. El Dr. Alvarez de Mon transmitió una experiencia valiosa de lo que en este sentido se está haciendo en los servicios de salud de su país, y la metodología está a disposición de quienes quieran acceder a transcripciones de sus presentaciones.

Las Caídas en el Anciano: un Grave Problema de Salud

En el contexto de un comportamiento demográfico similar al de los países desarrollados, el Uruguay ha experimentado un continuo envejecimiento de su población probablemente agravado en los últimos años. El porcentaje de personas mayores de 65 años ha crecido desde un 8% registrado a mitad del siglo XX hasta el 12,8% que surge del censo de 1996.

La fractura de cadera en el Uruguay

Entre las patologías prevalentes en una población envejecida, merece un análisis cuidadoso la fractura de cadera: más del 85% de estas fracturas ocurre en personas mayores de 65 años y más del 80% afecta a mujeres.

Al año de ocurrida la fractura de cadera, entre el 14% y el 36% de estos pacientes han fallecido. Esta mortalidad es 12% a 20% mayor que la mortalidad esperada y ajustada para ese grupo de edad y sexo. La mayoría de estas muertes ocurren dentro de los 4 meses inmediatos a la fractura. De acuerdo a la literatura y protocolos vigentes, una vez ocurrida la fractura el primer objetivo del tratamiento es el retorno del paciente a su nivel funcional previo. En la mayoría de los casos, este objetivo se logra mediante la cirugía y la movilización precoz, pudiendo ser tratadas por fijación interna o por artroplastia con implante de prótesis.

En el Uruguay, el Fondo Nacional de Recursos (FNR) financia la realización de artroplastia con implante de prótesis cuando el mismo se lleva a cabo dentro de determinadas condiciones. En el año 2002 se realizaron 877 implantes de prótesis de cadera por fractura con financiamiento del FNR. En 2001 habían sido 823 y en el 2000, 948

Los resultados obtenidos

Un estudio de seguimiento de resultados realizado por el FNR en el año 2000, arrojó que, sobre 199 pacientes intervenidos bajo cobertura del FNR, la mortalidad fue de 7,5% a los 3 meses y 17,16% a los 6 meses. La tasa global de complicaciones peri-operatorias fue de 21,1%.

El grado de incapacidad y dependencia posteriores a una fractura constituye otro aspecto a considerar. Se ha estimado que sólo 60% de los pacientes retornan a su nivel de ambulación previo a la fractura; 10% a 15% no recupera la capacidad de deambular fuera de la casa, y más del 20% permanece incapaz de caminar.

Por lo tanto...

De lo expuesto se desprende con claridad que la fractura de cadera en el paciente añoso representa un problema mayor para la salud en el Uruguay y que el mismo no se encuentra bien resuelto.

Frente a este diagnóstico preocupante, el FNR ha adoptado una doble estrategia.

Por un lado, se está reconsiderando si es conveniente para la atención de los pacientes que el implante de prótesis de cadera por fractura se mantenga dentro de la cobertura del FNR. En general se trata de situaciones en las que el resultado que se obtenga depende más de la premura de la intervención que del acceso a recursos costosos. En esas circunstancias, la intervención del FNR podría resultar no sólo innecesaria sino además inconveniente.

Por otra parte, el FNR está desarrollando una política global de prevención en la cual se incluye la prevención de las caídas accidentales. Existe numerosa y relevante evidencia científica que muestra que la "caída" con o sin fractura constituye una patología que debe ser tratada en sí misma.

¿Es posible prevenir las caídas?

Se considera "caída" toda situación de pérdida del equilibrio, con o sin traumatismo, que suponga un accidente inesperado en la vida del paciente y que no sea provocada por causas violentas o por enfermedad establecida. Su incidencia anual entre la población anciana oscila entre 25% y 40% en los mayores de 70 años.

Las causas de las caídas en el anciano son muchas e influyen al menos los siguientes factores:

- **sociales:** el 20% de las caídas de los mayores de 80 años ocurre en centros residenciales, casas de reposo u hogares para el adulto mayor.
- **ambientales:** existe una multitud de barreras arquitectónicas que rodean al anciano en su hogar, en la vía pública e incluso en centros hospitalarios y residenciales donde son muy escasas las medidas de prevención. Debe destacarse el uso de pequeñas alfombras al lado de la cama que tienden a facilitar las caídas, las escaleras, los pisos resbaladizos, entre otros.
- **cardiovasculares o neuroendócrinas:** las alteraciones circulatorias y de la presión arterial pueden provocar mareos y vértigos.
- **factores neurosensoriales:** alteraciones de la marcha y de la estabilidad, torpeza motora, reflejos lentos, arteriosclerosis, demencia senil, agitación psicomotora.
- **factores farmacológicos:** efectos secundarios o adversos de uno o varios fármacos que el paciente ingiere por una o varias enfermedades.

Las caídas accidentales en el anciano representan un deterioro gravísimo en la calidad de vida e incluso en su sobrevida, especialmente cuando determinan una fractura de cadera, pues en muchos casos (ya sea por fallas del sistema asistencial

o por la propia evolución del paciente) le condenan a permanecer postrado en cama, con sus lamentables consecuencias:

- agravamiento de las manifestaciones neuro-síquicas de la arteriosclerosis al permanecer el paciente en reposo observando día y noche un mismo entorno físico;
- incontinencia urinaria o fecal como consecuencia del agravamiento del estado de conciencia del paciente;
- multiplicación de las enfermedades infecciosas respiratorias y urinarias al no poder controlar correctamente los esfínteres y por ventilación pulmonar superficial por falta de actividad física;
- alto riesgo de desarrollar éscaras o úlceras de decúbito;
- rápido aumento de la osteoporosis por inmovilidad y escaso uso de la musculatura, lo que puede ocasionar nuevas fracturas patológicas a mínimas caídas o compresiones extrínsecas; por ejemplo, fracturas costales causadas por los familiares o quienes atienden al postrado en cama, al cambiarlos de posición o asearlos;
- mayor riesgo de trombosis venosas de las extremidades inferiores por disminución de la circulación sanguínea, secundaria a inmovilidad;

aumento del riesgo cardiovascular y mayor probabilidad de presentar una trombosis cerebral.

Algunos programas ya implementados

Se han descrito diferentes programas orientados a reducir la incidencia de las caídas en personas ancianas que viven en su domicilio, que están recluidas u hospitalizadas. En una revisión sistemática realizada para identificar la mejor evidencia proveniente de ensayos controlados aleatorios (RCT) sobre la eficacia de estos programas se distinguen dos categorías de ensayos: los que evaluaron alguna forma específica de ejercicio y aquellos diseñados para evaluar intervenciones múltiples orientadas a prevenir un factor de riesgo específico.

Entre los primeros existen diversos trabajos que evalúan los resultados obtenidos en grupos de personas mayores residentes en casas de convalecencia a quienes se les propuso un programa de ejercicios semanales con actividades de educación sanitaria. Estos estudios analizan la reducción de las caídas, frente al grupo control al que se le ofreció una atención habitual sin intervenciones específicas.

Otros estudios evalúan programas para la prevención de caídas en el anciano basados en intervenciones orientadas a modificar los factores de riesgo, incluidos los ambientales. Algunos programas incluyen también visitas médicas selectivas. Se en-

contró una reducción estadísticamente significativa del número de personas que sufrían caídas.

Si bien se necesitan más datos para confirmar los resultados de estas estrategias, que inicialmente aparecen como eficaces para reducir significativamente el número de caídas, no se debería dudar de la relevancia de comenzar su implementación a mayor escala en nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA:

"Seguimiento Prospectivo de Artroplastia de Cadera por Fractura"

Fondo Nacional de Recursos, agosto 2002. - Albornoz, H., Gambogi, R., Debenedetti, A., González, M.C., Scarpitta, C.

"Caídas en el Anciano"

Chávez, L., Sáez, R. En Servicio al Paciente Adulto Mayor.

Revisiones Cochrane. Intervenciones para prevenir las caídas en los ancianos.

Gillespie S, L.D., Gillespie, W.J., Cumming R, S.E. Lamb, Rowe B.H.)

ALGUNAS RECOMENDACIONES

Para prevenir caídas es conveniente:

- Adecue la vivienda con pasamanos donde existan escalones u otros obstáculos
- Suprima alfombras, camineros o felpudos sueltos y evite pisos encerados o mojados
- Use calzado adecuado con suela antideslizante, evite pantuflas y chinelas
- Cuide el desorden y amontonamiento de muebles, así como animales domésticos que puedan obstruir el camino
- Cuide sus pies, traté las lesiones y corrija problemas de visión o audición
- Tome la medicación en forma apropiada y sólo por prescripción médica
- Realice ejercicios físicos para mantener la coordinación y flexibilidad. Si se siente inseguro, solicite asesoramiento para el uso de bastón
- En la vía pública, al cruzar la calle, hágalo en los puntos donde existen semáforos o cebras. Cruce cuando comience la luz verde

- Si el tiempo del semáforo es breve y la calle ancha, cruce por etapas y descanse en los canteros centrales.
- Donde no existan estas posibilidades, asegúrese de que no vienen vehículos y solicite ayuda si no se siente seguro.

Si se cae levántese en forma correcta:

- Partiendo de la postura en que está tendido, ruede de forma de ubicarse boca abajo
- Una vez en esta posición, apóyese en manos y rodillas (en cuatro patas) y gatee hasta un medio de apoyo sólido y estable (cama, silla, sofá)
- Apoyándose, levante primero un pie de un lado, mientras mantiene la rodilla opuesta en el suelo
- Si no le es posible levantarse o está dolorido, gatee hasta un teléfono u otro medio para buscar ayuda
- Si se cae, consulte a su médico.
- Recuerde que siempre hay causas corregibles y que se puede disminuir el riesgo de lesiones.

PROGRAMA DE CONTROL DE MARCAPASOS

El Programa de Control de Marcapasos está dirigida a todos aquellos pacientes, que se han colocado marcapasos financiados por el Fondo Nacional de Recursos.

Jueves 11:30 a 13:30 hs.
Viernes 11 a 13 hs.

Por más información: **901 40 91**
www.fnr.gub.uy

Prevención secundaria de la enfermedad vascular aterosclerótica para pacientes revascularizados.

Un muy grave problema en el Uruguay...

En los últimos años, se ha demostrado que la aterosclerosis es un proceso altamente complejo, multifactorial, crónico y progresivo, que puede iniciarse en etapas tempranas de la vida. Es una enfermedad grave, ya que los primeros síntomas son a menudo letales. La Organización Mundial de la Salud ha reconocido que la aterosclerosis es la enfermedad epidémica más preocupante en el mundo occidental, por cuanto sus principales manifestaciones clínicas, constituyen la principal causa de morbimortalidad. En el Uruguay, desde la segunda mitad del siglo XX, las enfermedades del aparato circulatorio ocupan en forma permanente el primer lugar entre las causas de muerte, superando al cáncer, las enfermedades respiratorias y los accidentes, según datos de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Son además causa de mortalidad prematura y representan por lo prolongado de su evolución crónica la principal causa de pérdida de calidad de vida.

Llamativamente, ello ocurre mientras existe suficiente evidencia científica que ha demostrado cómo el control adecuado de los factores de riesgo vascular y el em-

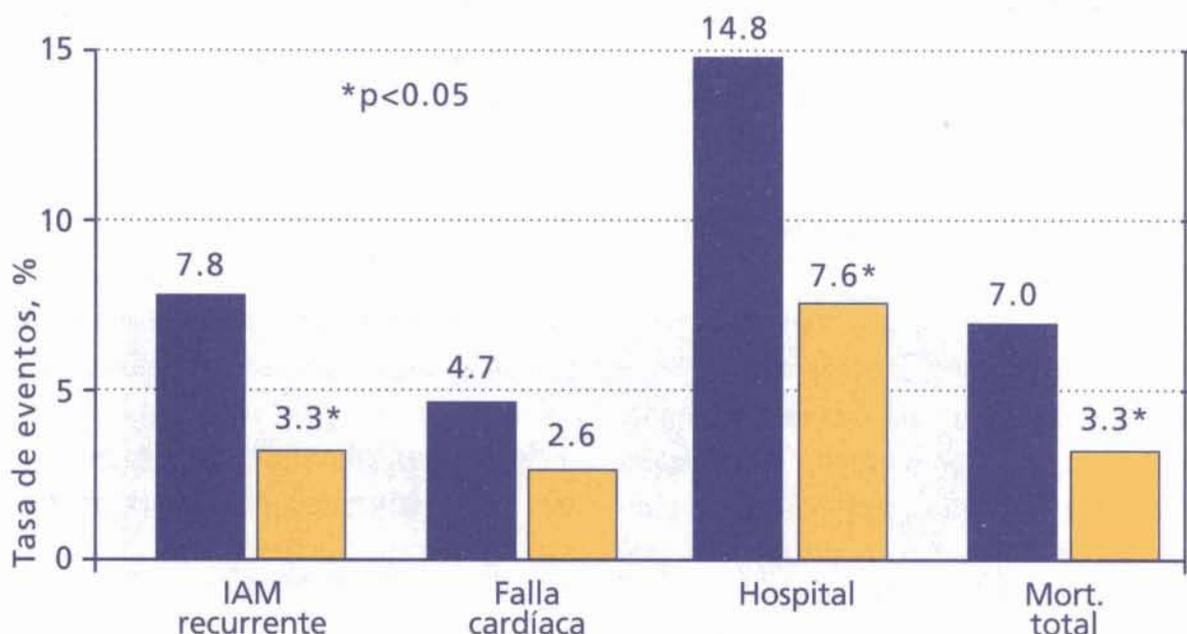
pleo de algunos fármacos con acción protectora son capaces de disminuir la aparición de eventos clínicos y reducir la mortalidad en proporciones muy significativas.

... que ya ha sido encarado en los países con sistemas de salud organizados...

Un estudio reciente realizado en Inglaterra y Gales, encontró un descenso mayor del 50% en la mortalidad por enfermedad coronaria entre los años 1981 y 2000. El 60% del descenso fue atribuido al control de los factores de riesgo cardiovascular. Estos hallazgos son consistentes con los reportados por la mayoría de los estudios realizados en Estados Unidos, Europa y Nueva Zelanda.

Durante los últimos 25 años ha quedado demostrado que con el empleo de ácido acetil salicílico, beta bloqueantes, estatinas e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina se puede reducir sustancialmente la aparición de nuevos eventos cardiovasculares en pacientes de alto riesgo (Tabla 1). Los beneficios de cada intervención parecen ser independientes, es decir que es razonable esperar mayores beneficios utilizados en forma conjunta. La cesación del tabaquismo reduce el ries-

EVENTOS CLINICOS EN EL PRIMER AÑO LUEGO DEL ALTA POR IAM



go de infarto de miocardio en aproximadamente 50% transcurridos 2 años. Por lo tanto, teóricamente, un fumador con enfermedad vascular presente que abandone el hábito de fumar y reciba los fármacos mencionados podría lograr una reducción del riesgo relativo próxima al 80%. Se puede afirmar actualmente, que es posible modificar la historia natural de la aterosclerosis, pudiendo detener o enlentecer su progresión e incluso promover su regresión, mejorando los resultados clínicos a largo plazo y prolongando la sobrevida de los pacientes afectados. Estos hechos enfatizan la importancia de implementar estrategias de prevención centradas en el tratamiento del proceso aterotrombótico.

También han sido estudiadas en diversos países las dificultades que enfrenta la implementación de estos programas preven-

tivos, a pesar de la evidencia disponible. Todos ellos muestran como responsables la sub utilización de fármacos y el control sub óptimo de los factores de riesgo vascular. Thomas Pearson ha identificado como barreras que incluyen factores dependientes del paciente, del médico, del sistema sanitario y de la comunidad. Esta situación observada en Europa y Estados Unidos (estudios ASPIRE, EUROASPIRE I y II, ACCEPT, PREVESE I) también fue observada en nuestro país.

Frente a esta realidad, algunos países han implementado programas orientados a los pacientes que ya han tenido manifestaciones clínicas. Una revisión sistemática reciente de estudios randomizados diseñados para evaluar programas de prevención secundaria concluyó que estos programas tienen un impacto positivo en el proceso de atención del paciente, redu-

cen la necesidad de internación, mejoran la calidad de vida y situación funcional de los pacientes. El estudio de Murchie, Campbell y colaboradores (Gráfico 1), recientemente publicado y con un seguimiento de más de 4 años, concluyó que estos modelos de atención pueden además, disminuir las muertes y eventos coronarios. Otros estudios mostraron menor requerimiento de procedimientos de revascularización en grupos de pacientes que recibieron un tratamiento médico más agresivo. La implementación del Cardiac Hospitalization Atherosclerosis Management Program (CHAMP) en la fase hospitalaria de pacientes con IAM mostró no solamente un incremento en la utilización de fármacos cardioprotectores, y mayor porcentaje de pacientes que lograron los objetivos terapéuticos para LDL-C, sino también reducción de eventos clínicos (Gráfico 2). Una experiencia piloto realizada en nuestro medio también mostró una excelente adhesión al tratamiento, mejoría en los objetivos terapéuticos para LDL-C (Gráfico 3) y una mejoría significativa de la función endotelial.

... y al cual el FNR le está dando una respuesta en el Uruguay

En este año, el FNR ha comenzado a implementar un Programa de Prevención Secundaria con el objetivo de mejorar el manejo a largo plazo de la enfermedad vascular aterosclerótica en pacientes sometidos a revascularización miocárdica, reforzando desde el FNR la actividad de los

médicos tratantes, con la finalidad de desarrollar en conjunto un modelo de atención que permita lograr los beneficios anteriormente mencionados. Inicialmente podrán vincularse al Programa los pacientes procedentes del sector público. Aquellos pacientes que se integren al mismo deberán realizar las consultas habituales con su médico, y además serán entrevistados periódicamente en el FNR por un equipo multidisciplinario integrado por médicos, licenciadas en enfermería y nutricionistas. Se propone además promover un contacto frecuente con el médico tratante con la finalidad de mantenerlo informado e intercambiar opiniones respecto a las intervenciones propuestas. Estos programas de rehabilitación y prevención secundaria se basan en diferentes componentes dirigidos a optimizar la reducción del riesgo, promover cambios saludables y mantenidos en el estilo de vida, disminuir la discapacidad y promover una vida activa para estos pacientes. Si bien aún no existen trabajos que hayan definido cuál es la mejor combinación de los diferentes componentes de un programa de prevención secundaria, es indiscutible su impacto positivo. En tal sentido, los componentes centrales del programa iniciado en el FNR implican:

- valoración clínica, paraclínica y evaluación de calidad de vida relacionada a la salud .
- diagnóstico y definición de los objetivos terapéuticos para cada uno de los factores de riesgo, establecien-

do las recomendaciones para su control de acuerdo a las guías nacionales e internacionales diagnóstico nutricional e incorporación al Programa de Asesoramiento Nutricional

- interacción con el Programa de Apoyo para la Cesación del Tabaquismo
- promoción de la utilización de los fármacos que han demostrado beneficios (AAS, estatinas, beta bloqueantes e IECA) los cuales son suministrados gratuitamente
- establecimiento de pautas para el control clínico y paraclínico que aseguren el seguimiento a largo plazo y la adhesión del paciente al programa educación del paciente.

La falta de programas de prevención secundaria en pacientes portadores de enfermedad coronaria constituye un fracaso colectivo de la práctica médica, seguramente de causa multifactorial. En nuestro país, es posible el acceso de la población a una tecnología altamente especializada para el manejo de las manifestaciones agudas de la aterosclerosis a través del Fondo Nacional de Recursos pero, sin embargo, el manejo a largo plazo de los factores determinantes de la misma sigue siendo inadecuado. La implementación de estos programas constituye un gran desafío, y es nuestra responsabilidad enfrentarlo.

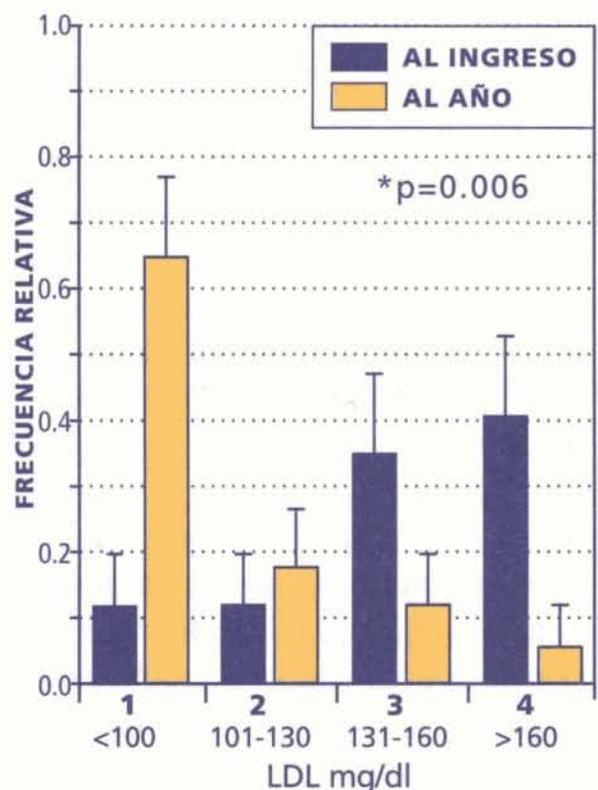
IMPACTO ACUMULATIVO DE 4 GRUPOS FARMACOLÓGICOS

pacientes de alto riesgo

	RRR	TASA DE EVENTOS A 2 AÑOS
Ninguno	-----	8.0 %
AAS	25 %	6.0 %
Betabloqueante	25 %	4.5 %
IECA	25 %	2.3 %
ESTATINA	30 %	3.0 %

THE LANCET 2002;360: 2-3

NIVELES DE LDL AL INGRESO Y EN LA EVOLUCIÓN



LAS IMPLICANCIAS ÉTICAS DE UN PROGRAMA PREVENTIVO

Mientras mucho se habla y poco se hace sobre prevención, el Fondo Nacional de Recursos ha puesto en marcha algunos de los escasos programas que existen en nuestro medio. Los pacientes identificados como de mayor riesgo por su enfermedad coronaria, por su adicción al tabaco o por su obesidad son entrevistados y orientados:

- hacia un plan periódico de seguimiento multidisciplinario que incluye el control de sus factores de riesgo
- hacia un programa destinado a la cesación del tabaquismo, orientado por médicos especialistas
- hacia el control de sus hábitos de vida y de alimentación tendiente a disminuir el riesgo de complicaciones e infecciones como consecuencia de la obesidad

Existiendo abundante literatura sobre estos factores de riesgo, sería muy poco defendible éticamente que el FNR no asumiera una postura activa en relación a los mismos. Su propia naturaleza de fondo solidario es el fundamento de estos mecanismos que buscan estimular una postura activa de los pacientes y darles herramientas concretas para minimizar el riesgo en que se encuentran. El FNR no es una suma de cuentas individuales, son recursos de toda la sociedad que deben ser aplicados con el máximo cuidado.

PROGRAMA DE ENTREVISTA A PACIENTES EN DIÁLISIS

El Programa para entrevistar a Pacientes en Diálisis se efectúa los días lunes y martes de la 3er. Semana del mes en curso.

Lunes y Martes 10 a 12 hs.

Por más información: **901 40 91**
www.fnr.gub.uy

ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN

El FNR desarrolla programa para cesación del consumo de tabaco

El tabaco es el principal factor de riesgo vascular, modificable. El 30% de las muertes por enfermedad cardiovascular son debidas al consumo de tabaco, y este porcentaje llega al 45% en los hombres menores de 65 años.

Sin embargo, el 87% de los médicos uruguayos reconoce no haber recibido una formación adecuada respecto al problema del tabaco y al manejo del tabaquismo, según una encuesta realizada por el SMU en el 2001. Esta misma encuesta pone de manifiesto además que el 27% de los médicos fuma.

Debido a su naturaleza altamente adictiva, el consumo de tabaco ha adquirido un carácter epidémico y constituye una conducta muy difícil de superar para la mayoría de los consumidores crónicos. La OMS lo ha definido como una enfermedad crónica con tendencia a la recaída y la ha incluido entre los trastornos mentales vinculados al consumo de sustancias psicoactivas.

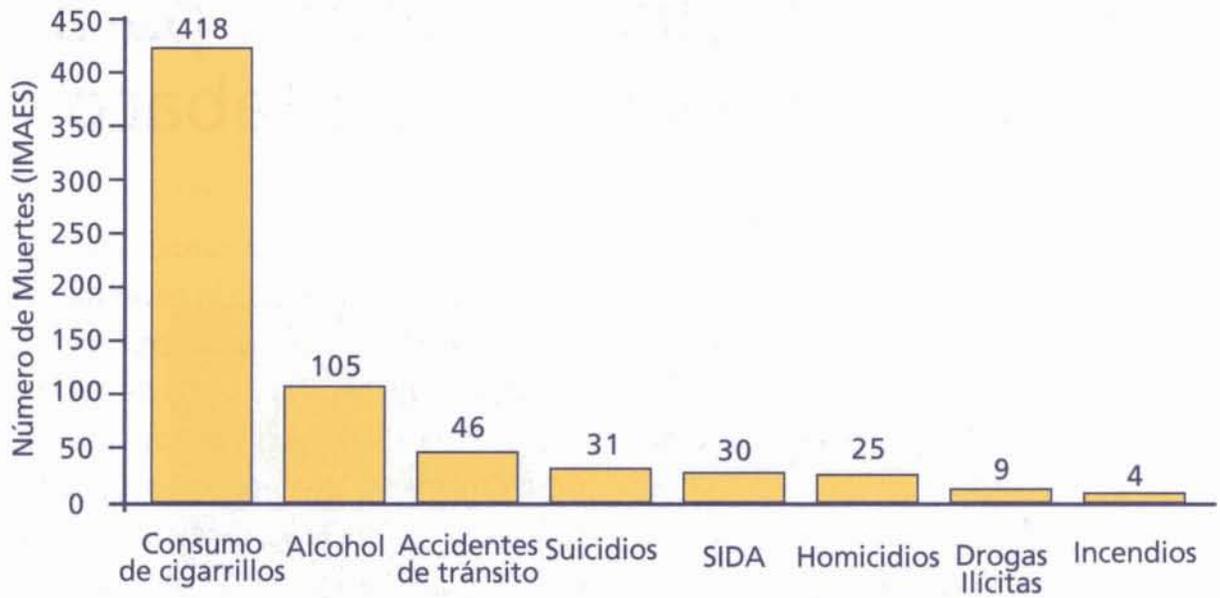
A pesar del enorme caudal de conocimiento existente sobre el tema, los estudios evidencian que los cardiólogos no suelen aconsejar en forma debida a sus pacientes sobre este tema. A ello se suma que

los propios pacientes con cardiopatía, aun cuando son concientes de la necesidad de abandonar el consumo para proteger su vida y su salud, e incluso luego de haberlo intentado, en la mayoría de los casos no logran mantener una abstinencia prolongada. Las estadísticas muestran que el 70% a 80% de los fumadores que han sufrido un infarto agudo de miocardio y que el 50% a 60% de quienes han sido sometidos a procedimientos de revascularización miocárdica continua fumando a pesar de conocer los riesgos y no querer hacerlo.

Quienes continúan fumando tienen una significativa mayor incidencia de reinfarcto, de muerte súbita, de reinternaciones y de nuevos procedimientos de revascularización en el corto plazo. Todo ello determina un deterioro en la cantidad y calidad de vida de estas personas, un costo familiar enorme (emocional, económico, etc.) y un incremento en los costos que debe asumir la sociedad. Todo sería perfectamente evitable con el abandono del consumo de tabaco.

El problema es que abandonar el consumo de tabaco no es fácil. Aunque más del 95% de los fumadores es conciente de que fumar implica riesgos para su salud, que el 65% ha intentado ya abando-

CAUSAS DE MUERTE ANUALES EN LOS EE.UU.



McGinnis y Foege, 1993.

narlo por lo menos en una oportunidad y que el 30% a 35% intenta cada año el abandono, sólo el 1% a 3% de ellos logra abandonarlo y mantenerse sin fumar. La razón es que el consumo crónico de tabaco se convierte, para la mayoría de los fumadores, en una adicción, tan o más intensa que la generada por cocaína o heroína.

Esta dependencia asienta sobre distintos factores:

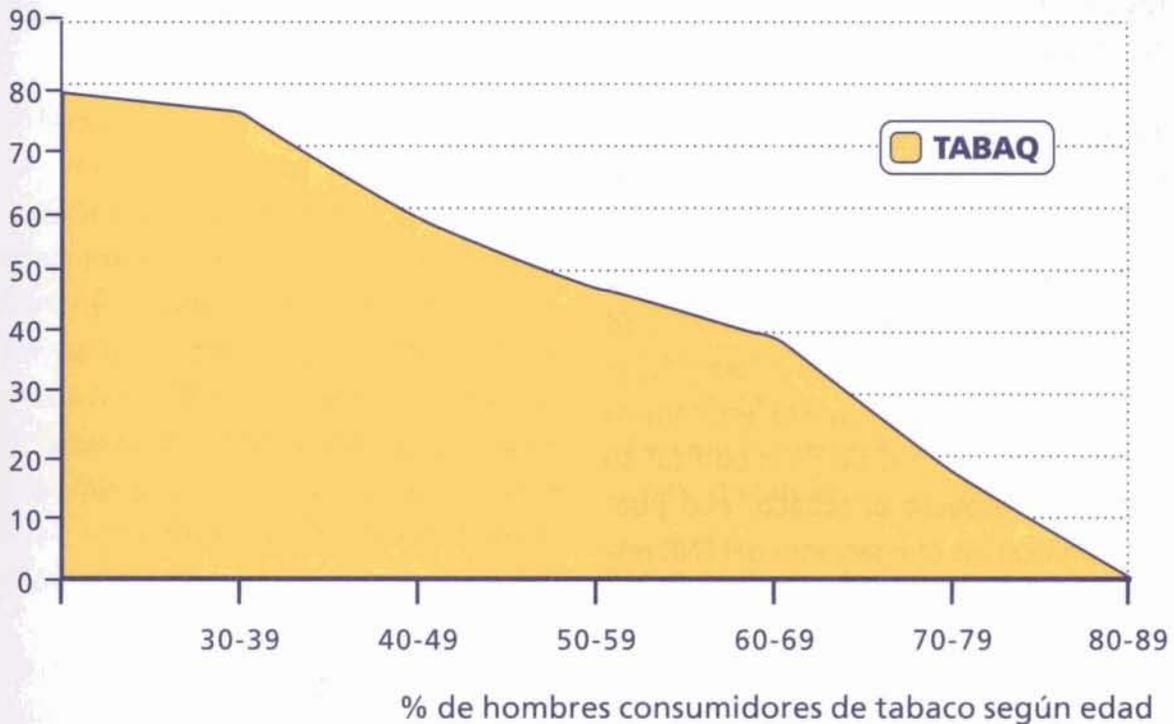
a) biológicos: por acción de la nicotina que genera cambios estructurales y funcionales en el cerebro del consumidor crónico de tabaco, determinando una neuroadaptación cerebral, que conduce a que muchos fumadores necesiten recibir cada día una dosis determinada de su droga, para estar en equilibrio;

b) sicosociales: basados en el desarrollo de infinidad de condicionamientos que llevan a que el fumador consuma cigarrillos automáticamente cuando es expuesto a determinadas circunstancias (teléfono, auto, computadora, ver fumar, etc) y que, por otro lado, le hacen asociar dicho consumo a valores importantes para la vida humana, confiriendo a la conducta de fumar y al objeto (cigarrillo) un gran valor simbólico difícil de superar.

Las personas que tienen menor grado de dependencia son las que abandonan primero y la mayoría lo hace sin necesidad de ayuda. Pero se estima que hay un 30% de las mismas que no podrá dejar de fumar si no recibe un tratamiento específico para su adicción. Quienes han desarrollado una cardiopatía, y no han podido

TABAQUISMO E INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

IAMC de Montevideo (1987-97)



abandonar este consumo se ubican entre las que tienen mayor necesidad de ayuda, no sólo por su grado de adicción sino también por su alto riesgo.

Hoy en día se dispone de una amplia gama de recursos cognitivo-conductuales y farmacológicos para incrementar las posibilidades de éxito en el abandono del consumo del tabaco y superar la adicción. Lamentablemente, faltan profesionales capacitados para su manejo.

Como parte de una política que privilegia la prevención para mejorar la asistencia y administrar mejor los recursos, el FNR ha resuelto incluir esta problemática y encargó al Dr. Eduardo Bianco el desarrollo de un Programa de Apoyo a la Cesación de

Tabaquismo que se encuentra ya en funcionamiento. El mismo está dirigido prioritariamente a pacientes que recibieron algún procedimiento financiado por el FNR, pero no exclusivamente. Otros pacientes seriamente interesados en este programa pueden ser incluidos.

Ojalá se llegue a contar con la colaboración de los IMAE y demás servicios de salud para la orientación de los pacientes y su captación. Es muy difícil trabajar sin la participación y el compromiso de quienes están en contacto directo con los pacientes.

Los IMAE deberán desarrollar un programa que defina sus locales como área libre de humo de tabaco, capacite a su

personal (médico, enfermería, administrativos, etc.) para informar y motivar a los pacientes, como forma de expresar su verdadero compromiso con la salud.

Tal es la importancia que la sociedad debería dar a este tema, que llegará un momento en que se tenga en cuenta este factor para decidir si a un paciente se le debe seguir otorgando cobertura o no. En la firma del consentimiento informado, el paciente debería ser puesto en conocimiento que, en caso de no modificar su conducta respecto al tabaco, ello puede modificar las obligaciones del FNR respecto a él.

Por el momento, se han generado los mecanismos para facilitar al paciente su recuperación.

Ante las corporaciones médicas: la Auditoría

El Fondo Nacional de Recursos ha puesto en marcha diversos mecanismos de auditoría dirigidos a mejorar la calidad los actos médicos que se realizan bajo su cobertura. Los mismos han permitido conocer mejor los principales problemas de las prestaciones que se cumplen en los IMAE, la falta de pertinencia de muchas indicaciones y, cuando es necesario, modificar normativas ya existentes o introducir otras nuevas.

Al mismo tiempo, esta auditoría constituye un mecanismo eficaz para quebrar las tendencias corporativas que predominan en ciertos grupos médicos.

DEFINICIÓN

Las estrategias de auditoría puestas en práctica en el FNR tienen por objetivo mejorar los resultados de los actos médicos. Para eso se busca, por un lado, reducir el uso inapropiado de técnicas causado por indicaciones incorrectas y, por otro, generar mecanismos de discusión para los casos en que la indicación es cuestionable. De esta forma, la auditoría se vuelve una herramienta muy importante para reducir los daños que pueden derivarse de indicaciones que no reportarán beneficios clínicos y para mejorar el funcionamiento de todo el sistema.

La utilización inapropiada de una técnica o procedimiento resulta de su aplicación en pacientes cuya patología no se modificará con el uso de las mismas o bien en aquellos casos en que el riesgo inherente al procedimiento es mayor que el beneficio esperado.

La auditoría pretende detectar esas situaciones, discutir las y corregirlas.

Por el contrario, los grupos corporativos constituidos en torno a una determinada técnica suelen propiciar su uso indiscriminado, generando en el resto de los médicos y en la sociedad la idea de que sólo ellos están en condiciones de discutir esas indicaciones y opinar sobre las mismas. Del mismo modo, se resisten a la auditoría externa y evitan la evaluación de sus resultados. Por eso la auditoría va en contra de las corporaciones.

INSTRUMENTOS

En el FNR se ha generado un amplio y variado grupo de programas y actividades que tienen por objetivo acompañar el proceso de un paciente en sus diversas etapas: **antes** de la realización del mismo, para evaluar riesgos y ofrecer al paciente oportunidades ciertas de modificación de sus hábitos no saludables, autorizando luego con los máximos niveles de eviden-

cia disponible; **durante** el procedimiento, evaluando la calidad del equipamiento y sus condiciones de mantenimiento; **después** de la intervención, haciendo seguimiento y ofreciendo programas de prevención secundaria y de control.

■ **control de aplicación de las normativas vigentes y revisión periódica de las mismas**

- el FNR cuenta con un importante bagaje de normas de indicación tomadas de consensos y documentos de referencia internacional. El FNR controla en cada solicitud el cumplimiento de dichas normas.

■ **los grupos evaluadores y la segunda opinión médica**

- se trata de recuperar el hábito de la interconsulta y, en particular, dar un lugar a la opinión de médicos generalistas y de especialidades clínicas. Consiste en la visita al paciente por parte de un médico que estudia e informa si comparte o no la indicación (en general realizada por el IMAE) y su oportunidad.

■ **la evaluación de la calidad de vida**

- indicar un acto médico no es sólo cuestión de destreza para realizarlo; requiere sobre todo conocer globalmente al paciente, su estado general, sus posibilidades de rehabilitación.

Esta evaluación es hecha también por el médico que envía el FNR a ver al paciente.

■ **los ateneos (cardioquirúrgico, de estado nutricional, de indicación de marcapasos, de diálisis, de evaluación de mortalidad)**

- las indicaciones de cirugía cardíaca en pacientes de mayor riesgo por su edad avanzada o por el tipo de cirugía, son analizadas en ateneo y con el apoyo de instrumentos predictivos para conocer las probabilidades de éxito
- las indicaciones quirúrgicas en pacientes de riesgo por su situación de obesidad también son analizadas en ateneo a efectos de revisar su pertinencia y, en caso que se comparte la indicación, formular un plan viable para disminuir el riesgo del acto
- para analizar y corregir las indicaciones incorrectas de marcapasos se ha instituido un ateneo específico para revisarlas y efectuar su auditoría
- los pacientes en tratamiento dialítico cuya situación amerita un análisis especial en virtud de su calidad de vida o comorbilidad, son derivados a un ateneo donde se convoca al médico tratante para su discusión
- el ateneo de evaluación de mortalidad ha permitido someter a auditoría

todos los casos en que el paciente fallece antes del alta del IMAE. Se trata de un control de calidad altamente efectivo que extenderá seguramente sus beneficios a todos el sistema.

■ **programas de control, educación y prevención con grupos de pacientes crónicos que requieren un seguimiento específico:**

- programa de control para evaluar el nivel de cumplimiento en el seguimiento de pacientes transplantados
- programa de orientación y prevención secundaria para pacientes coronarios centrado en el control de los factores de riesgo
- programa para deshabituación del tabaquismo en pacientes a quienes se indican actos cuya realización implica un riesgo adicional por su condición de fumador
- programa de seguimiento para pacientes obesos a quienes se indican procedimientos quirúrgicos
- programa de control de la programación de los marcapasos

■ **revisión de cada uno de los registros de hemodinamia y angioplastia por parte de especialistas sin actividad en los IMAE**

- durante tres días cada mes, especialistas revisan la totalidad de los registros (películas) correspondientes a hemodinamias y angioplastias, emitiendo una opinión sobre la calidad de la indicación y el procedimiento realizado en cada caso

■ **evaluación de la calidad de los equipamientos utilizados en los IMAE**

- está en marcha un programa para contar con información periódica de las condiciones en que se encuentran los equipamientos médicos y su mantenimiento

■ **control de los títulos profesionales de los médicos que actúan en los IMAE**

- como parte de las actividades de auditoría, el FNR está solicitando a los IMAE que presenten los títulos habilitantes de las diversas especialidades y controlando quiénes son los técnicos que actúan en la asistencia a los pacientes

■ **realización de estudios paraclínicos de control en algunos pacientes específicos**

- ecografía de aparato urinario para confirmar el diagnóstico de litiasis en algunas indicaciones de litotricia y para confirmar el alta después del tratamiento extracorpóreo

- test de cotinina para confirmar si un paciente fumador ha dejado el hábito durante un período suficiente para disminuir el riesgo en el acto quirúrgico

- estudio eco-doppler en pacientes a quienes se realizó una cirugía cardíaca para recambio valvular a efectos de evaluar en qué condiciones anatómicas y funcionales resultó el procedimiento

■ **vigilancia epidemiológica continua en IMAE quirúrgicos**

- se desarrolla a lo largo de todo el año un seguimiento continuo de los pacientes internados para cirugía cardíaca en los diversos IMAE a efectos de diagnosticar la existencia de problemas infecciosos. En caso de detectarse una infección, se comunican en forma inmediata y se formular recomendaciones o, en algunos casos, se imponen medidas correctivas.

■ **seguimiento de resultados alejados de los actos médicos financiados por el FNR**

- un equipo del FNR realiza un seguimiento de los resultados de todos los actos entrevistando en forma alternativa a los pacientes de las diversas técnicas y presentando

ALGUNAS CONCLUSIONES

El Fondo Nacional de Recursos cuenta con un volumen muy importante de información que permite afirmar con respaldo estadístico cuál es el nivel de calidad obtenido por los diversos grupos médicos que actúan en los IMAE.

Cuando dichos grupos se encuentran abiertos y dispuestos a conocer esa información, analizarla y corregirla si corresponde, resulta en un proceso de aprendizaje y mejora para todo el sistema. En cambio, si los grupos médicos actúan como corporaciones cerradas, este proceso es muy dificultoso y conflictivo. Sin embargo, el FNR tiene la convicción de que se trata del único medio posible de mejorar. El número de actos innecesarios o inapropiados que muchas veces terminan en daños irreversibles en los pacientes genera para el FNR una obligación ética de continuar en este camino. Aunque haya que enfrentar a las corporaciones.

los resultados con el asesoramiento estadístico del grupo docente de Estadística Médica de la Facultad de Medicina.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN
SECUNDARIA
DE ENF. VASCULAR
ATEROSCLERÓTICA

Lunes 13 a 16 hs.
Miércoles 10 a 13 hs.

Por más información: **901 40 91**
www.fnr.gub.uy

SUMARIO

- 3** Introducción
- 5** Algunos datos que el cuerpo médico debe conocer
- 11** La nefropatía obstructiva como causa de insuficiencia renal extrema
- 17** Fracaso en las medidas de prevención de la enfermedad vascular aterosclerótica
- 21** Acreditación de servicios de salud. La experiencia del Fondo Nacional de Recursos.
- 27** Sistema de Información del Fondo Nacional de Recursos
- 33** La Importancia de los IMAE Públicos
- 37** ¿Son necesarios más IMAE?
- 41** El Fondo Nacional de Recursos y la compra de insumos y dispositivos médicos
- 47** La cobertura del Transplante Hepático por el Fondo Nacional de Recursos
- 53** Las Caídas en el Anciano: un Grave Problema de Salud
- 59** Prevención secundaria de la enfermedad vascular aterosclerótica para pacientes revascularizados.
- 65** El FNR desarrolla programa para cesación del consumo de tabaco
- 69** Ante las corporaciones médicas: la Auditoría



**FONDO NACIONAL
DE RECURSOS**

Medicina Altamente Especializada

18 de Julio 985 - Galería Cristal, 4to. piso - Tel.: (598 2) 901 4091 - Fax: 902 0783
Montevideo - Uruguay - fnr@fnr.gub.uy

www.fnr.gub.uy