



Un **modelo**
^{de}
gestión
inspirado ^{en} la
CALIDAD:

*La experiencia del
Fondo Nacional de Recursos*

SEMINARIO

Salón Azul de la I.M.M.
30 de Junio de 2004.



Seminario

**UN MODELO DE GESTIÓN
INSPIRADO EN LA CALIDAD**
La experiencia del Fondo Nacional de Recursos

Salón Azul, Intendencia Municipal de Montevideo (IMM)
30 de junio de 2004

FONDO NACIONAL DE RECURSOS (FNR)

Comisión Honoraria Administradora

Presidente: Sr. Ministro de Salud Pública, Dr. Conrado Bonilla.

Presidente Alterno: Dr. Homero Bagnulo.

Representante del Ministerio de Salud Pública (MSP): Cr. Dante Giménez.

Representante del Ministerio de Salud Pública (MSP): Dr. Gustavo Bogliaccini.

Representante del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF): Cr. Alvaro Mendy.

Representante de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC):

Esc. Filiberto Ginzo Gil.

Representante de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC):

Dr. Daniel Barrios.

Representante de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC):

Dr. Antonio Durán.

Representante del Banco de Previsión Social (BPS): Cr. Hugo Lacurcia.

Representante de los Institutos de Medicina Altamente Especializados (IMAE):

Sr. Carlos Vallejo.

Director General del FNR: Cr. Alberto Sayagués.

Director Técnico Médico del FNR: Dr. Álvaro Haretche.

Directora Técnica de Auditoría: Cra. Regina Pardo.

Edición: Julio Scavino

Fondo Nacional de Recursos (FNR)

Avda. 18 de julio 985

Galería Cristal – 4º piso

CP 11.100 – Montevideo - Uruguay

Tel.: (598 2) 9014091 – Fax (598 2) 902 0783

fnr@fnr.gub.uy

www.fnr.gub.uy

Impreso en Empresa Gráfica Mosca - D.L.: 334.409

ISBN: 9974-7888-03

INDICE

Introducción

● *Un relato vital.*

Dr. Álvaro Haretche, Director Técnico Médico del Fondo Nacional de Recursos (FNR)

Parte I. La experiencia del Fondo Nacional de Recursos

● *Pintura cubista. Miradas diversas sobre el Fondo Nacional de Recursos (FNR), Periodista Julio Scavino.*

● *Discurso de apertura. "Siempre me he preguntado cuál es la verdadera calidad, la que entendemos los médicos o la que entienden los usuarios". Dr. Conrado Bonilla, Ministro de Salud Pública.*

● *"Un diagnóstico de los principales problemas del FNR". "Aquí estamos hablando de calidad en términos de indicaciones correctas y oportunas". Dr. Álvaro Haretche, Director Técnico Médico del Fondo Nacional de Recursos (FNR).*

● *"Los proveedores y los médicos en la gestión del financiamiento". "Las estrategias de marketing han borrado los límites entre publicidad y periodismo, ciencia y marketing, la justa práctica de los negocios y el mercantilismo". Dr. Alarico Rodríguez, Encargado de Autorizaciones y Control del FNR.*

● *"La evaluación de los resultados de los actos médicos". "La fractura de cadera es un evento casi desastroso. Hay que hacer muchos más esfuerzos en prevenir". Dr. Henry Albornoz, Equipo de seguimientos del FNR.*

● *"La segunda opinión y los ateneos como seguridad para el paciente". La disminución del número de actos que financió el FNR obedeció al "autocontrol" de los médicos y no a políticas de restricción. Dr. José Luis Rodríguez Bossi, Coordinador de un grupo de interconsulta médica del FNR.*

● *"La reingeniería de gestión en un IMAE: el CENAQUE". "La excelencia en los resultados médicos no está reñida con una buena administración". Dr. Jorge Pomi, Presidente del Centro Nacional de Quemados (CENAQUE):*

● *"La creación de una imagen, la opinión pública y la comunicación". "La gente entendió que el FNR está de su lado. Se sintió protegida y confiada". Lic. Selva Andreoli, Consultora en comunicación del FNR.*

● *"Los programas preventivos en el Fondo Nacional de Recursos". "Las evidencias de los efectos positivos de los programas de prevención han vuelto ineludible afrontar la tarea de implementarlos". Dra. Rosana Gambogi, integrante del Equipo de seguimiento.*

● ***“Los resultados económicos”. “Un FNR sustentable en el tiempo, equilibrado desde el punto de vista económico, y con una visión de futuro es una realidad”.***
Cr. Dante Giménez, Miembro de la Comisión Honoraria del Fondo Nacional de Recursos (FNR) en representación del Ministerio de Salud Pública (MSP).

● ***“La gestión como aplicación del principio de justicia distributiva”. “Estamos planteando establecer un nuevo compromiso de la medicina con la sociedad en base a valores éticos más sólidos”.***
Dr. Homero Bagnulo, Presidente Alterno del Fondo Nacional de Recursos (FNR).

Parte II. Panel “El debe y el haber del Fondo Nacional de Recursos”

● ***“Nos han demostrado que es posible cambiar el modelo, lograr mejores resultados y hacerlo con los escasos recursos que tiene la sociedad”.***
Francisco Amorena, dirigente de la Federación Uruguaya de la Salud (FUS).

● ***En un país “trancado” la experiencia del FNR “demuestra que los cambios son posibles; que es posible una reforma en salud”.***
Dr. Marcos Carámbula, Presidente del Sindicato Médico del Uruguay (SMU).

● ***El gran “haber” de esta gestión fue mostrar que “es posible controlar y fiscalizar”.***
Dr. Miguel Fernández Galeano, Director de la división Salud y programas sociales de la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM).

● ***“No sirve más” que participen en la administración del FNR los que ofrecen los servicios.***
Javier García, diputado electo por el Partido Nacional.

● ***La experiencia del FNR “debería ser un referente” en una estrategia de cambio global del sistema de salud.***
Ec. Daniel Olesker, Asesor de la central de trabajadores PIT – CNT y de la Federación Uruguaya de la Salud (FUS).

● ***“La gran discusión que tuvimos en 2001 era si manteníamos el FNR o no”.***
Ec. Eduardo Zaindesztat, Director General de Rentas y Ex subsecretario de Salud Pública.

● ***“Así es cómo se deben hacer las cosas”.***
Dr. Conrado Bonilla, Ministro de Salud Pública.

● ***El FNR debería asegurar la “cobertura integral de algunas enfermedades”.***
Dr. Homero Bagnulo, Presidente Alterno del Fondo Nacional de Recursos.

- "...hay datos que permiten inferir que las tendencias y diferencias [*en las tasas de intervenciones quirúrgicas y cesáreas*] reflejan el sistema de incentivos, particularmente dada la evaluación y la historia posterior del FNR.
- *¿En qué sentido?*
- Los resultados de un estudio sobre el FNR, efectuado por William Mercer hace cuatro años, fueron muy críticos debido a que se detectaron problemas con la demanda inducida, el seguimiento post-operatorio de pacientes, tratamientos innecesarios, etc. Sin embargo, la reacción de esta institución fue muy positiva ya que ha introducido programas de segunda opinión y de seguimiento, con lo cual ha reducido el número de tratamientos y sus gastos en un 30% aproximadamente."

John L. Fiedler
Economista principal en el área de la salud,
Banco Mundial.

"El País", suplemento "Economía y Mercado".
Montevideo, jueves 11 de noviembre de 2004.

INTRODUCCIÓN

Un relato vital

Cuando casi nadie lo esperaba, el Fondo Nacional de Recursos se ha vuelto actor de un conjunto de modificaciones de diversa naturaleza con las que dio muestras de una capacidad poco común en el Uruguay para enfrentar las que seguramente fueron las dificultades más graves de su existencia.

Y a partir de que comenzaron a percibirse las primeras señales de éxito de la apuesta realizada, se le suele presentar en diversos ámbitos como un modelo a imitar.

Aunque las circunstancias actuales puedan hacer pensar lo contrario, el seminario *"Un Modelo de Gestión Inspirado en la Calidad. La experiencia del Fondo Nacional de Recursos"*, no fue ni una apuesta de futuro ni una rendición de cuentas. Fue más bien la reflexión de un grupo de técnicos que expuso su pensamiento y su acción ante las Autoridades y los principales actores políticos, tratando de mantener una actitud de escucha. Los trabajos deben ser recorridos teniendo en cuenta que no son meros capítulos de un libro sino la traducción al lenguaje escrito de un conjunto de presentaciones en las que los gestores del Fondo Nacional de Recursos se expusieron públicamente relatando en qué consiste su tarea.

Por eso el lector, que tal vez deba ser benigno en la crítica de las formas, deberá ser exigente en el análisis de los contenidos: lo que sigue es el relato vital de lo que hacen los médicos y demás profesionales del Fondo Nacional de Recursos con los dineros que se le han encomendado.



Aunque seguramente puedan encontrarse otros hilos conductores, proponemos los siguientes para recorrer las presentaciones:

Los instrumentos del cambio

Si en algún momento se procuró solucionar los problemas del Fondo Nacional de Recursos con el sólo aumento de las cuotas, postergando los problemas de calidad, el impacto de la crisis de los últimos años hizo evidente la insuficiencia de ese mecanismo. A partir de entonces, el desafío fue encontrar e implementar instrumentos de estabilización que fueran realmente a la causa de los problemas y no sólo a sus manifestaciones económicas. Varias de las presentaciones se refirieron a ese aspecto.

Dónde se hizo el cambio

Tal vez algún asistente al seminario o lector de esta publicación piense que las medidas adoptadas por el Fondo Nacional de Recursos podrían ser útiles para otras instituciones de salud. Se puede considerar llamativo que una iniciativa de estas características haya surgido donde se manejan fondos públicos. Convengamos en que asiste cierta razón a los eventuales sorprendidos. Pero se debe recordar que a veces el sector público moviliza mejor que el sector privado algunos recursos éticos imprescindibles para hacer cambios. A lo largo del seminario, éste fue también un tema recurrente.

Cuáles fueron las condiciones que permitieron el cambio

Los cambios se vuelven posibles (o sea que se hacen tales) en la medida que son capaces de responder a la lógica técnica y a la lógica político-institucional. Mientras que la primera suele ser fácilmente comprensible para los médicos, la segunda tiende a estar subvalorada. No obstante, las condiciones y los espacios políticos deben ser utilizados en todas sus posibilidades y cuando no existen, deben ser creados. Los técnicos no deberían ver esa actividad como ajena. También de eso se discutió en el seminario.



Por último, las Autoridades presentes han dejado claro que el país puede contar con el Fondo Nacional de Recursos. Para lo que hace hoy y para más. Aunque no se debe imaginar un futuro exento de conflictos y dificultades, existe en el sistema de salud un instrumento dotado para articular recursos entre los distintos niveles y pasar de la tradicional cobertura de actos médicos aislados hacia una asistencia integral de patologías, tal como quedó propuesto al final del seminario como un camino posible en el corto plazo.

Y tal vez de esa forma encontrar, por fin, dónde apoyar un pie para comenzar el tantas veces propuesto cambio de modelo.

Dr. Álvaro Haretche

Director Técnico Médico
Fondo Nacional de Recursos
Montevideo, noviembre de 2004.

PARTE I.
La experiencia
del Fondo Nacional de Recursos

A modo de síntesis

PINTURA CUBISTA

MIRADAS DIVERSAS SOBRE EL FONDO NACIONAL DE RECURSOS

Por Julio Scavino¹

Como una pintura cubista desafía la percepción del observador ofreciendo varias rutas para captar la totalidad de la obra, el análisis de la actual gestión del Fondo Nacional de Recursos (FNR) dio pie al desarrollo de diversos puntos de vista sobre el estado del sistema de salud y la medicina altamente especializada en Uruguay y razones para procurar un nuevo acuerdo entre la ciudadanía y la medicina.

El seminario "*Un modelo de gestión inspirado en la calidad. La experiencia del Fondo Nacional de Recursos*"² tuvo como punto de partida el análisis de la gestión que orienta al instituto desde 2000 y que logró revertir la crítica situación que lo afectaba y que en 2001 llevó al gobierno a considerar el cierre del organismo³.

Haciendo centro en la calidad, la actual conducción del FNR introdujo herramientas que modificaron la cultura de relacionamiento de los médicos con el instituto, lo que se tradujo en una reducción del número de solicitudes de financiación de actos médicos y el aumento en la calidad de las prestaciones.

En cuatro años de trabajo, las autoridades del FNR lograron la estabilidad financiera del instituto, fortalecieron su imagen pública, iniciaron programas de prevención y lideraron el debate público en cuestiones de ética médica que por lo general estaban restringidos al ámbito de la salud.

Actores tradicionalmente ubicados en la oposición, reconocieron avances en el FNR⁴ y sostuvieron que se trata de una experiencia que debería ser tenida en cuenta como una referencia para futuras estrategias de cambio que abarquen a la totalidad del sistema de salud⁵.

La primera parte del seminario estuvo dedicada a la presentación del estado del FNR, los criterios contenidos en las políticas que se aplican desde 2000 y los programas e información producida a partir de investigaciones realizadas entre pacientes cubiertos por el instituto.

1 - El periodista **Julio Scavino**, cubrió la agenda informativa de salud en los semanarios "*Alternativa Socialista*" (1989-1990) y "*Búsqueda*" (1993-2002) y en el diario "*La República*" (1991-1993) de Montevideo. Entre 1998 y 2002 se desempeñó como "special correspondent" para la corresponsalia de "*The Washington Post*" en Buenos Aires. Trabaja como consultor para la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

2 - "*Un modelo de gestión inspirado en la calidad. La experiencia del Fondo Nacional de Recursos*", Fondo Nacional de Recursos (FNR). Montevideo, miércoles 30 de junio de 2004, Salón Azul, Intendencia Municipal de Montevideo (IMM).

3 - Ver intervención del ex subsecretario de Salud Pública, Eduardo Zaindesztat (página 136).

4 - Ver intervención del dirigente de la Federación Uruguaya de la Salud (FUS), Francisco Amorena (página 116).

5 - Ver intervención del asesor económico del la central sindical Plenario Intersindical del Trabajadores - Convención Nacional de Trabajadores (PIT-CNT) y de la Federación Uruguaya de la Salud (FUS), Daniel Olesker, en el panel "El debe y el haber del FNR" (página 132).

En el segundo tramo del encuentro se desarrolló un panel que tuvo como tema “El debe y el haber del FNR” y en el que seis actores del sistema de salud abrieron opinión y lanzaron ideas para el futuro del instituto y del sistema de salud⁶.

Inusual

El seminario fue una reunión fuera de lo común, porque en los hechos pareció un ejercicio de *accountability* en el que los responsables de administrar dineros públicos destinados a asegurar el acceso de la ciudadanía a la medicina altamente especializada dieron cuenta de su gestión. Y las instancias de *accountability* no son propias de la cultura política uruguaya.

También fue inusual porque como en un cuadro cubista, durante los debates hubo momentos en los que nadie parecía en su lugar: un ex gobernante exponía mientras el ministro en ejercicio escuchaba, un asesor de los sindicatos defendía la competencia en el sector, el contador de cuño liberal exhortaba a no permitir el desarrollo de institutos de medicina altamente especializada en cirugía infantil y un ejecutivo municipal que es partidario de no olvidar hechos referidos a los derechos humanos ocurridos en la historia contemporánea, propuso no revisar la situación de quienes en las últimas décadas lucraron con el sistema de salud y transfirieron riqueza a otros sectores de actividad.

Este cambio de roles en los debates, parece reflejar la complejidad que supone para el sistema de salud el desafío de su propia transformación.

Los contenidos, informaciones e ideas expresados en el seminario mostraron una riqueza poco común para este tipo de reuniones, en las que muchas veces los corrillos resultan más entretenidos que la sala de conferencias.

No fue uno de esos casos.

La mirada propia

Una primera mirada sobre el FNR la dieron sus autoridades y técnicos que en estos cuatro años de gestión, y una vez puestos en marcha mecanismos de auditorías y control, observaron una modificación en la cultura de relacionamiento entre los médicos de los institutos de medicina altamente especializada (IMAE), que se tradujo en una disminución de demandas de solicitudes de financiación de de actos médicos.

6 - La mesa estuvo integrada por el ex subsecretario de Salud Pública y actual Director General de Rentas contador Eduardo Zaindesztat, el director de la División Salud y programas sociales de la Intendencia Municipal de Montevideo Dr. Miguel Fernández Galeano, Presidente del Sindicato Médico del Uruguay (SMU) Dr. Marcos Carámbula, dirigente de la Federación Uruguaya de la Salud (FUS) Francisco Javier Amorena, asesor de la FUS y del Plenario Intersindical de Trabajadores – Convención Nacional de Trabajadores (PIT-CNT) Ec. Daniel Olesker y el diputado electo por el Partido Nacional, Javier García. Luego de las intervenciones hicieron uso de la palabra el Ministro de Salud Pública, Dr. Conrado Bonilla y el Presidente alterno del FNR, Dr. Homero Bagulo.

Entre 2000 y 2003, los actos médicos exceptuando las diálisis, se redujeron 32% pasando de 19.768 a 13.352⁷ y considerando el conjunto de las técnicas, la reducción del número de actos bajó 25%.

Las solicitudes de cirugías para pacientes valvulares menores de 70 años y cirugías de mayores de 80 años pasó de 401 a 191 de un año para otro y según los técnicos del FNR, esto se explica “nada más” que por la instalación de un ateneo médico-quirúrgico dedicado al análisis de estos casos.

Al tiempo que disminuyó el número de actos solicitados, se redujo el número de autorizaciones negadas por parte del FNR⁸ y mejoraron los porcentajes de actos médicos sin complicaciones.

La modificación de estos comportamientos permitió comenzar a controlar la demanda inducida, fenómeno que había sido observado por técnicos de la consultora William Mercer que hicieron una consultoría sobre el FNR en el 2000.

El integrante de los equipos de segunda opinión del FNR, Dr. José Luis Rodríguez Bossi sostuvo que la reducción del número de actos obedeció a la “disminución del número de solicitudes por parte de los grupos médicos que trabajan en los IMAE y no a la aplicación salvaje de una política restrictiva”.

“La opción por una estrategia destinada a evaluar la calidad no sólo resultó valiosa en sí misma, lo cual hubiera sido suficiente, sino que tuvo un impacto en términos de financiamiento”, pero “el verdadero impacto en términos de cambio, y que se dio en profundidad en el FNR, fue el cambio de hábitos y conductas de quienes trabajamos con los actos médicos. Esto se reflejó en que los médicos comenzaron a solicitar un menor número de prestaciones”, dijo el director técnico médico del FNR, Dr. Alvaro Haretche.

La disminución del número de actos médicos, la introducción de herramientas que modernizaron la gestión administrativa del FNR⁹, el fortalecimiento de sus posiciones a la hora de negociar, la modificación de las mayorías en la Comisión Honoraria Administradora (CHA)¹⁰ del FNR y el cambio en las políticas de compras, permitieron revertir un déficit que persistió a lo largo de una década y comenzar a disminuir el patrimonio negativo del instituto.

El cambio en la política de compras del FNR produjo ahorros de 25% en los costos de los insumos. El logro de mejores precios en la compra de *stents* supuso un ahorro de tres millones de dólares¹¹.

Desarrollada como parte integral de la gestión, la política de comunicación provocó variantes en la percepción pública del FNR.

7 - Ver la ponencia del Dr. Álvaro Haretche, “Un diagnóstico de los principales problemas del FNR” (página 28).

8 - Ver la ponencia del Dr. José Luis Rodríguez Bossi, “La segunda opinión y los ateneos como seguridad para el paciente” (página 54).

9 - Ver la ponencia del Dr. Dante Giménez, “Los resultados económicos” (página 93).

10 - Decreto del Poder Ejecutivo 384/001, del 2 de octubre de 2001.

11 - Ver la ponencia del Dr. Alarico Rodríguez, “Los proveedores y los médicos en la gestión del financiamiento” (página 41).

Estudios de opinión realizados en el 2000, mostraron que 43% de los encuestados manifestaba que no había oído hablar del FNR, 37% sí había oído y 20% había oído "algo". Tres años después, quienes sí decían haber oído hablar del FNR sumaban 52%, no habían escuchado hablar del instituto 37% y habían escuchado "algo" 18%¹².

Fueron acciones vinculadas a la política de comunicación del FNR, la puesta en discusión de temas como los derechos de los pacientes, modalidades de pago médico y la calidad en la gestión de los servicios de salud, asuntos cuyo tratamiento está generalmente limitado al ámbito de los profesionales del sector.

Los estudios realizados por técnicos de los programas de prevención del FNR aportaron una mirada sobre el comportamiento de los uruguayos frente a la salud.

Estudios realizados entre pacientes revascularizados mostró significativos porcentajes de persistencia de factores de riesgo. Mientras que 33% de la población es adicta al tabaco, 40,4% de los pacientes a los que se había hecho una angioplastia y 46,8% de los que habían sido intervenidos dos veces, fumaban.

Se observaron niveles elevados de hipertensión en 71,2% de los pacientes revascularizados mediante cirugía, mientras que entre la población en general 24% padece hipertensión.

Estudios realizados en pacientes que fueron sometidos a angioplastias en 1999 y 2000 mostraron que a los 6 meses de la intervención, 13% seguía fumando, 30,3% era hipertenso, 60,5% tenía niveles de glicemia elevada, 32,3% no hacía rehabilitación física y no tomaba hipolipemiantes 23,8%.

A los tres años de realizada la intervención, los datos eran menos auspiciosos: 13,2% continuaba fumando, 42,10% era hipertenso, 66,1% presentaba niveles de glicemia elevados, no hacía rehabilitación física 37,6% y 34,1% no tomaba hipolipemiantes. Para los técnicos del FNR, la situación observada a nivel nacional y las referencias que existen a nivel internacional en torno a este tipo de programas, hace "ineludible" su implementación¹³.

Las investigaciones realizadas en los programas de seguimiento a pacientes atendidos bajo la cobertura del FNR, mostraron que la intervención de la medicina altamente especializada no siempre mejora la calidad de vida.

Los resultados observados en las prótesis de rodilla, llevó a los técnicos del FNR a calificar este tipo de intervenciones como un "evento casi desastroso"¹⁴.

12 - Ver la ponencia de la Lic. Selva Andreoli, "La creación de una imagen, la opinión pública y la comunicación" (página 74).

13 - Ver la ponencia de la Dra. Rosana Gambogi, "Los programas preventivos en el Fondo Nacional de Recursos" (página 82).

14 - Ver la ponencia del Dr. Henry Albornoz, "La evaluación de los resultados de los actos médicos" (página 46).

Estudios realizados a pacientes a los que se les colocó una prótesis de cadera, mostraron que antes de la intervención, 51,4% tenía una autonomía total para desplazarse, 41,8% tenía una dependencia severa, moderada o escasa y 6,7% tenía dependencia total.

A los 90 días de la intervención, 15,7% de los operados estaban en situación de dependencia total, 62% presentaba dependencia severa, moderada o escasa y 22,3% tenía autonomía total.

Investigaciones que evaluaron la sobrevida de pacientes sometidos a cirugía cardíaca a los seis meses de la intervención, pusieron en evidencia la existencia de niveles de riesgos significativamente diferentes para los enfermos, según el IMAE donde fueron intervenidos.

A los seis meses el nivel de sobrevida fue de 92%. Pero mientras que solo 4% de los pacientes operados en un centro morían, entre los que habían sido intervenidos en otros dos la mortalidad era de 12% y 14%¹⁵.

Entre las cuentas pendientes del FNR, el tema de la equidad parece ser uno de los principales desafíos que observan los técnicos.

Además de profundizar y mantener las mejoras logradas hasta el momento, los técnicos del FNR consideraron necesario mejorar el acceso a las prestaciones financiadas por el FNR entre pacientes provenientes del sector público y garantizar un acceso igualitario a pacientes de todo el territorio nacional.

El mayor acceso a las prestaciones por parte de pacientes del sector privado y de Montevideo, es una tendencia que persiste desde hace años en el FNR.

Otro aspecto que llama a la reflexión a los técnicos del FNR y que se considera necesario revisar, es el hecho de que gran parte de los recursos del instituto están destinados a atender patologías que afectan a pacientes de más de 65 años y de más de 75 años.

La mirada de los otros

En segundo momento del seminario, la gestión del FNR se puso bajo la mirada de seis actores del sistema de salud, que integraron un panel que analizó el “debe” y el “haber” de esta experiencia.

El resultado fue un intercambio de puntos de vista que trascendió el análisis del FNR y abordó cuestiones referidas a la definición de calidad en los servicios de salud, la influencia del mercado en la salud y en particular el lucro y la necesidad de establecer un nuevo acuerdo entre la medicina y la sociedad para construir un sistema de salud sustentable.

Los expositores destacaron en el “haber” de la gestión del FNR, el desarrollo de una experiencia “removedora” que alcanzó el equilibrio financiero mejorando la calidad

15 - Por más información: www.fnr.gub.uy

de las prestaciones, hecho que consideraron como una evidencia de que en Uruguay es posible realizar una reforma del sistema de salud gestionando con criterios de calidad.

La introducción de mecanismos de fiscalización y control y el establecimiento de programas de prevención de riesgos que involucran a la medicina del tercer nivel, fueron puntos evaluados positivamente por los panelistas.

También señalaron en el “haber” del FRN, la realización de una gestión que puede ser tenida en cuenta como referencia a la hora de realizar eventuales cambios en el resto del sistema de salud y la actitud de liderar un debate que procuró involucrar desde el punto de vista ético a los actores del sistema y la sociedad en torno a las definiciones del sector salud.

HABER	DEBE
• Demostrar que es posible reformar el sistema de salud • Ejecutar una “removedora” experiencia de gestión. • Pasar del déficit al equilibrio financiero, mejorando la calidad de las prestaciones. • Demostrar que es posible detener el desfinanciamiento crónico y progresivo tomando medidas. • Promover la competencia, mejorando la eficiencia del sistema • Demostrar que es posible controlar, fiscalizar y poner en marcha auditorías. • Gestionar según criterios que contemplan la indicación bien hecha, los procedimientos correctamente realizados, la evaluación de los resultados, la orientación preventiva. • Desarrollar acciones en el primer nivel y prevención de riesgos que involucran a la medicina del tercer nivel • Desarrollar una estrategia que puede ser tenida en cuenta para eventuales cambios en el resto del sistema de salud. • Hacer punta en señalar la necesidad de un compromiso de todos los actores del sistema en la promoción de un involucramiento ético de la sociedad en torno a las definiciones de salud.	• Fortalecer los IMAE públicos. • Promover la participación e involucramiento de los médicos en el proceso de reforma. • No haber detallado ante la opinión pública que no son todos los médicos los que están involucrados en los conflictos de intereses que se expresan en el ámbito del FNR. • Informatizar los equipos de segunda opinión y de seguimiento, establecer tasas de uso y cantidad de actos médicos por grupo etario para cada IMAE y reducir el número de integrantes. • Corregir las “causas de eventuales demoras” en el trabajo de los equipos de segunda opinión y de seguimiento. • Contar con estudios de seguimientos de todas las técnicas, todos los años.

Entendieron que el FNR debe procurar fortalecer los institutos públicos de medicina altamente especializada y promover la participación de los médicos en el proceso de reformas.

Haber dejado en la opinión pública la idea de que son todos los médicos los que están involucrados en los conflictos de intereses que se expresan en el ámbito del FNR, fue otro aspecto que se observó como un "debe" de la gestión.

El ministro de Salud Pública Conrado Bonilla, señaló la necesidad de que el FNR informatice los grupos de seguimiento y segunda opinión, establezca tasas de uso para cada técnica por grupo etario, fije topes de cantidad de actos para cada instituto de medicina altamente especializada (IMAE). Establecidas las cuotas, la financiación de los actos médicos que excedan los límites deberá correr por cuenta del IMAE. Estos cambios permitirán reducir la dotación de gente de los equipos de seguimiento y segunda opinión y corregir las "causas de eventuales demoras" que se dan en el FNR.

La necesidad de contar con estudios de seguimiento todos los años y en todas las técnicas fue otro aspecto a corregir señalado por el Ministro Bonilla.

Sugerencias para el futuro

Las intervenciones de los panelistas y las exposiciones de los técnicos del FNR, incluyeron una serie de propuestas que permitieron elaborar una agenda de sugerencias para consolidar lo hecho hasta el momento, explorar nuevas alternativas para el instituto.

Para consolidar lo hecho hasta el momento se sugirió

- fortalecer institucionalmente al FNR para asegurar los frutos de esta gestión,
- lograr que el equilibrio financiero alcanzado en el FNR sea sustentable, permanente y continuo,
- armonizar el trabajo del FNR con el resto del sistema de salud,
- sumar el FNR al rediseño general de un sistema nacional integrado de salud,
- consolidar y profundizar los procesos de evaluación de la calidad y de costo-efectividad en marcha,
- promover la atención en el primer nivel y
- promover la participación de los médicos de la primera línea y de los usuarios en las acciones de atención primaria de salud.

Otras sugerencias planteadas suponen revisar y actualizar definiciones, la misión y las estructuras del instituto:

- analizar la conveniencia de que el FNR siga cubriendo procedimientos o se haga cargo de enfermedades,
- redefinir el concepto de alta tecnología,

- modificar la actual estructura del FNR, evitando que quienes ofrecen servicios participen en la conducción del instituto,
- impulsar un código de ética que deberán suscribir los actores involucrados en el proceso,
- crear un fondo para la prevención, destinando eventualmente al logro de metas en materia de mortalidad infantil o en algunas otras áreas a las que el FNR no llega,
- fortalecer los IMAE públicos y no promover nuevos IMAES privados en el sentido tradicional del término,
- analizar la posibilidad de establecer una unidad reguladora de los servicios de salud, como se ha hecho en las áreas de las comunicaciones y la energía y
- analizar la posibilidad y conveniencia de financiar investigación genética.

Respecto al número de actos médicos financiados y la canasta de técnicas que cubre el FNR, los participantes del seminario plantearon la necesidad de:

- explicar de forma "razonable y convincente" por qué se pasó de 7.904 actos por año a 19.772 en diez años,
- definir si es razonable la cantidad de prestaciones que se están dando,
- acordar parámetros de comparación sobre la cantidad de actos que se dan en Uruguay,
- generar un consenso acerca en torno a los límites del FNR,
- analizar si deben mantenerse bajo la cobertura del FNR la totalidad de técnicas que se financian actualmente,
- definir hasta cuándo el FNR debe financiar una técnica,
- mantener el implante coclear para niños,
- analizar la conveniencia de transferir en forma gradual y paulatina al sistema mutual los estudios hemodinámicos, litotricias y diálisis renales y
- evaluar la incorporación de un equipo de tomografía de emisión de positrones.

En referencia a temas financieros se propuso:

- pensar en la universalización del FNR en consonancia con el financiamiento de todo el sector,
- analizar si se debe seguir pagando actos médicos sin tener en cuenta la efectividad de los resultados,
- procurar reducir precios y aranceles, además de seguir controlando las cantidades como se está haciendo,
- analizar si los aranceles deben fijarse sin estudios previos de costos.
- analizar si debe mantenerse el actual sistema de financiación centralizado por acto.
- analizar si debe el FNR asumir la totalidad de los riesgos financieros o si se deben ir transfiriendo a los prestadores, manteniendo y fortaleciendo el control de calidad del FNR,

- analizar si no pueden librarse los precios de los actos médicos a ser contratados al libre juego de la oferta y la demanda con competencia internacional.
- analizar si se debe seguir promoviendo el desarrollo de IMAES especializados o si se deben centralizar a los efectos de alcanzar la destreza y calidad necesaria.

Debates filosóficos

Los desafíos éticos que supone la gestión de las políticas públicas de salud vinculadas a la medicina altamente especializada, los efectos del mercado en la salud, las visiones sobre el concepto de calidad y la propuesta de generar un nuevo acuerdo entre la sociedad y la medicina basado en criterios éticos, fueron temas que emergieron a lo largo de las seis horas en que se desarrolló el seminario *"Un modelo de gestión inspirado en la calidad. La experiencia del Fondo Nacional de Recursos"*.

En un contexto marcado por la recesión económica y el gobierno priorizando el ajuste de las cuentas públicas, la situación en la que se encontraba el FNR a mediados del 2000 exigió a quienes se hicieron cargo de la gestión, discernir a la luz de la bioética las medidas a tomar.

Cuatro años atrás, los responsables de la conducción del FNR pudieron haber resuelto una drástica y directa reducción de las prestaciones.

Aunque antipática, la medida tenía antecedentes internacionales y la situación que atravesaba el país seguramente habría permitido justificarla. Ese no fue el camino escogido. Se entendió que la opción que mejor respondía a criterios de ética médica era la apuesta a una gestión basada en la calidad.

Los cambios realizados en el FNR "no se hicieron sólo para ahorrarle dinero al Estado como mucha gente cree, sino que, en muy buena medida, los hicimos guiándonos por criterios de ética médica", dijo el presidente alterno del instituto, Homero Bagnulo en una exposición que dedicó a explicitar el marco bioético con que se maneja la actual gestión¹⁶.

En la misma intervención, Bagnulo sostuvo que el crecimiento de los gastos en salud que se observa a nivel nacional e internacional, plantea a las sociedades el desafío de crear una medicina y una salud sustentables. Inspirado en los postulados del médico estadounidense Daniel Callahan del "The Hasting Center", Bagnulo consideró necesario acordar un "nuevo compromiso" de la sociedad con la medicina, basada en criterios éticos.

16 - Ver la ponencia del Dr. Homero Bagnulo, *"La gestión como aplicación del principio de justicia distributiva"* (página 104).

La idea de “progreso médico ilimitado” es insostenible y muchas veces no se ajusta a la realidad, opinó Bagnulo, para quien “la búsqueda de satisfacer cada planteo individual, cada deseo, el sueño de vivir hasta los ciento veinte años, ser joven y lindo, persiguiendo cada posible innovación es peligrosa y compromete otros bienes sociales”.

Para Bagnulo, la medicina sustentable deberá ser “adecuada pero no óptima”, tendrá que “proveer a la sociedad de un nivel de cuidado médico y salud pública suficiente”, deberá estar “equitativamente distribuida” y tiene que ser posible de sostener económicamente por las sociedades.

Otro punto vinculado a los efectos del mercado en la salud, que fue abordado en el seminario, fue el referido al lucro en el sistema.

Destacando la necesidad de desarrollar de controles y auditorías en el sistema de salud, como camino para establecer límites al lucro en el sector, el Director de la División Salud y Programas Sociales de la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM), Dr. Miguel Fernández Galeano, dijo que “cuando el mercado se internaliza” en la salud, ésta “pasa a ser una mercancía que se compra y que se vende y un ámbito en el que los actores del sistema se benefician del lucro en la salud”.

“Controlar y fiscalizar supone entrar en un conflicto de intereses y, a veces, supone enfrentar intereses muy poderosos” dijo el jerarca municipal al expresar su posición respecto a qué hacer en el futuro con quienes ya se enriquecieron en el sistema de salud.

“En muchos temas sostengo que es imprescindible seguir teniendo memoria, pero en el tema de los que se beneficiaron con la entrada del mercado en el sector salud quizás tengamos que darnos una tregua y asumir que lo hecho, hecho está, pero tendremos que tener una conducta absolutamente clara para actuar en el futuro. El que se enriqueció, compró árboles u otras cosas y trasladó beneficios del sector salud hacia otros lugares -lo que le fue permitido por el sistema- ya lo hizo. No tenemos herramientas legales y creo que ni éticas, para intervenir sobre algo en lo que el Estado tuvo una responsabilidad muy clara. Pero para el futuro sí tenemos una responsabilidad indelegable de trabajar con mucha claridad”, sostuvo Fernández Galeano.

El epidemiólogo se mostró a favor de abandonar la idea “eficiencia que nos propone el mercado” por la de “eficiencia social” que “es muy distinta a la del mercado y del lucro, porque mira desde la perspectiva del rol de un Estado que defiende el interés colectivo y la justicia redistributiva”.

Durante el seminario, también se oyeron reflexiones diversas en torno al concepto de calidad, idea en la que hace centro el modelo de gestión que se viene ejecutando en el FNR desde 2000 y cuyos resultados se expusieron en el seminario.

El Ministro Bonilla puso el tema en discusión al abrir el seminario.

“La búsqueda de la calidad es un proceso permanente en todos los servicios y especialmente en la salud, donde el juicio subjetivo de quienes reciben el servicio juega

mucho. Pero no hay que confundir satisfacción con calidad", dijo el Ministro. "Siempre me he preguntado hasta dónde son los recursos humanos los que dan en esa calidad y cuál es la verdadera calidad que buscamos: la que entendemos los médicos o la que entienden los usuarios", señaló Bonilla. El Ministro sostuvo que quienes tienen formación médica gustan "hablar de calidad médica como algo objetivo" y basado "en parámetros técnicos, sin embargo, no todos lo ven de esa manera". "¿La calidad es conseguir el mejor desempeño de la fórmula costo – beneficio, aún a costilla de la insatisfacción de alguno?", se preguntó el Ministro¹⁷. "Aquí estamos hablando de la calidad en términos de indicaciones correctas y oportunas", dijo el Director Técnico Médico del FNR, Alvaro Haretche al referirse al tema¹⁸.

Un ejercicio de "accountability"

Con cuentas pendientes en el "debe" y un "haber" significativo a su favor, la conducción del FNR logró hacer de un instituto cuyo cierre fue analizado por el gobierno, una entidad capaz de exponerse a ser criticada y evaluada por otros actores del sistema de salud.

En este sentido, el seminario fue un ejercicio de "accountability", en el que los responsables de la gestión de los fondos públicos dedicados a la medicina altamente especializada dieron cuenta de sus acciones ante un grupo de ciudadanos calificados para evaluarlas.

Releer la prensa y observar el implacable contraste de los dichos con los hechos también es una forma, no siempre estimulante, de "accountability".

En una entrevista publicada en agosto 2000 a los tres meses de haber asumido como presidente alterno del FNR¹⁹, Bagnulo anunció que para revertir el déficit que lo afectaba, el instituto se aprestaba a utilizar mejor su "poder de negociación con cada proveedor, para conseguir un abatimiento de nuestros costos".

Explicó que, junto con técnicos del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) se estaban "recalculando los costos de algunas técnicas", porque se tenía la percepción de que los aranceles que cobraban algunos institutos de medicina altamente especializada eran "demasiado elevados".

Dijo que se debía analizar "la cantidad de actos" que se estaban realizando en "algunas técnicas" y consultado sobre si pensaba impulsar la limitación de algunas técnicas, respondió que "previamente a la realización de una intervención" eso era posible. "Lo que sí pensamos hacer es controlar los resultados que se obtengan", dijo.

17 - Ver el discurso de apertura del seminario a cargo del Dr. Conrado Bonilla (página 25).

18 - Ver la ponencia del Dr. Alvaro Haretche, "Un diagnóstico de los principales problemas del FNR" (página 28).

19 - "El FNR difundirá desempeño de los centros de alta tecnología para que los usuarios opten", seminario Búsqueda, N° 1059, jueves 3 de agosto de 2000, página 15.

Interrogado acerca de cuál consideraba que era el límite éticamente aceptable del gasto en salud, Bagnulo respondió que era la sociedad la que debía fijarlo: "En Oregon (Estados Unidos) como los médicos no asumieron la toma de esas decisiones la sociedad los dejó de lado y resolvió ella y, en un primer momento, limitó el ingreso a las unidades de tratamiento intensivo".

Informó que se había comenzado a privilegiar "una estrategia de seguimiento" a los enfermos, porque el FNR no conocía su situación luego que eran dados de alta y que en esos días había comenzado a trabajar "un equipo que realiza encuestas telefónicas a los pacientes".

"Es una evaluación de resultados que nos permitirá conocer si la inversión que hace la sociedad uruguaya está rindiendo en satisfacción de los usuarios y en mejora de la calidad de vida. Esto nos permitirá compartir las pérdidas con los IMAE, ya que vamos a realizar descuentos en los casos que no obtengamos los mejores resultados. El seguimiento nos va a permitir comparar los resultados que logran distintos IMAE, que apliquen una misma técnica y cotejarlos con centros de referencia de la región y de países desarrollados", dijo Bagnulo en agosto de 2000.

Opinó que los resultados de los IMAE "debían ser conocidos" por la opinión pública y dijo que en esos días se había inaugurado una página web del FNR a la que los usuarios podrían acceder.

Anunció que en esos días se había comenzado a distribuir el número de una línea telefónica, un "celular abierto", al cual se podrían dirigir los médicos que tuvieran dudas sobre el FNR.

Acerca de la posibilidad de que el FNR decidiera comenzar a comprar servicios a los IMAE en función del desempeño, Bagnulo dijo que eso era algo para resolver en una etapa posterior. "Hoy por hoy, queremos que los resultados sean conocidos", dijo. Al referirse a las razones por las que el gobierno buscaba modificar las mayorías especiales que estaban establecidas en el reglamento de funcionamiento de la Comisión Honoraria Administradora del FNR el médico contestó: "Cuando el legislador creó la ley que estableció el FNR, dijo que cinco miembros de la comisión serían del Estado, uno representaría a los institutos de medicina altamente especializada (IMAE) y tres al mutualismo. Pero ahora dos de esos tres votos representan a instituciones que tienen IMAE. Directa o indirectamente los IMAE están representados por tres votos y eso no fue lo que el legislador quiso. Entonces, cuando uno habla de procesos de fiscalización de las técnicas de los IMAE encuentra que tres votos bloquean las decisiones. Hay mutualistas que obtienen a través del FNR el 30% de sus ingresos. Por eso es que el ministro de Salud Pública (Horacio Fernández Ameglio) replanteó que los representantes del Estado podamos volver a resolver. En estos tres meses hemos hecho muchas cosas, pero en última instancia, hoy por hoy no podemos implementar más cosas ni poner nuevas ideas sobre la mesa, porque sabemos que no van a ser aprobadas".

La entrevista se publicó bajo el título "El FNR difundirá desempeño de los centros de alta tecnología para que los usuarios opten".

En las páginas que siguen no hay información sobre el anuncio del título, porque los datos sobre el desempeño de cada IMAE comenzaron a difundirse en la página web

del FNR luego del seminario, pero sí hay material para contrastar con otros temas abordados en la entrevista realizada hace más de cuatro años y que se transcribió parcialmente.

Hacer ese repaso puede ser otro ejercicio de "accountability", que favorecerá el desarrollo de nuevas miradas sobre esta gestión del FNR y el sistema de salud, que como las pinturas cubistas y a pesar de las apariencias, tienen un orden que es posible identificar, recorrer y construir.

Discurso de apertura del Ministro de Salud Pública, Dr. Conrado Bonilla²⁰.

“SIEMPRE ME HE PREGUNTADO CUÁL ES LA VERDADERA CALIDAD, LA QUE ENTENDEMOS LOS MÉDICOS O LA QUE ENTIENDEN LOS USUARIOS”

Señor Presidente alterno del Fondo Nacional de Recursos (FNR) Dr. Homero Bagnulo, autoridades de la Comisión Honoraria Administradora del FNR, señor Director de la División Salud y Programas Sociales de la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM) Dr. Miguel Fernández Galeano, nuestro anfitrión esta noche, compañeros médicos vinculados a los institutos de medicina altamente especializada, señoras y señores:

Es un placer participar de estos eventos académicos, de sumo interés para todos, que está realizando el FNR.

Me sentía un poco en falta por no haber podido estar en un evento organizado anteriormente por razones de agenda²¹ pero el tema propuesto esta vez es más que convocador y hace, en buena medida, a lo que a uno le gusta en salud que es discutir académicamente. Esta vez lo haremos sobre los conceptos que hacen a un modelo de gestión inspirado en la calidad.

Partiendo con la charla del director médico del FNR el Dr. Álvaro Haretche, que siempre hace diagnósticos precisos e inteligentes sobre la situación del Fondo esta noche tendremos una serie de charlas sobre cómo se están evaluando los resultados de los actos médicos, su relación con los resultados económicos y culminaremos con la charla del presidente alterno del FNR sobre la gestión como aplicación del principio de justicia distributiva y un panel.

Fui invitado a hablar por primera vez sobre el control de calidad en los servicios de salud, un tema que siempre me ha preocupado muchísimo, en un congreso uruguayo de cirugía que se hizo antes de 1990 en el Hotel San Rafael de Punta del Este. En aquel congreso comenzaba a despertarse entre los cirujanos el interés por el tema.

20 - El Dr. Conrado Bonilla, es cirujano, post graduado en administración de empresas y tiene estudios en gestión de salud. Es Ministro de Salud Pública desde el 26 de febrero de 2003. Entre 2001 y 2003 fue Director General de Fondo Nacional de Recursos. En 2001 integró la Asesoría Técnica del Programa de Modernización del Sector Salud, (PNUD, OPP, MSP y MEF) y entre 1996 y 1998 fue Director General del Complejo Hospitalario Pereira Rossell de Montevideo. Se desempeñó como Director Técnico del Círculo Católico de Obreros del Uruguay entre 1999 y 2001.

Fundador, Director Técnico y Director Administrativo de Sanatorio Mautone de Punta del Este. (1976-1998), donde se desempeñó como cirujano titular. Fue co-Director del Servicio de Cirugía y director de los servicios de Patología Mamaria y Cirugía Laparoscópica de ese centro asistencial.

21 - Seminario taller “¿Se respetan o no los derechos de los pacientes en el Uruguay?”, Montevideo, 4 y 11 de junio de 2004. Fondo Nacional de Recursos (FNR).

La búsqueda de la calidad es un proceso permanente, en todos los servicios y especialmente en la salud donde juega mucho el juicio subjetivo de quienes reciben la atención. Pero no hay que confundir satisfacción con calidad.

“La búsqueda de la calidad es un proceso permanente, en todos los servicios y especialmente en la salud donde el juicio subjetivo de quienes reciben el servicio juega mucho. Pero no hay que confundir satisfacción con calidad”

Las personas, los usuarios, que es a quienes nos debemos, valoran la calidad en los servicios de salud de un modo muy distinto a cómo entendemos los médicos que debe ser la calidad en un servicio asistencial.

No cabe duda de que los usuarios de los hospitales tienen un concepto de la calidad y los de las mutualistas o de determinadas instituciones especiales y muy caras, tienen otro.

Siempre me he preguntado hasta dónde son los recursos humanos son los que dan esa calidad y cuál es la verdadera calidad que buscamos: la que entendemos los médicos o la que entienden los usuarios.

Le pregunté a un escribano –universitario, una persona bien formada, pero que no es médico- qué era lo que él entendía por calidad en un servicio de atención médica. El entendía por calidad en un servicio de atención médica que lo atendieran rápidamente, con calidez y mostrándole respeto, en un entorno limpio y luminoso. Dándole importancia, un trato humano, tranquilidad, de modo de poder confiar en la persona que lo está viendo.

Le señalé que no mencionaba ningún aspecto técnico y me respondió que no porque se trataba de algo que no estaba en condiciones de evaluar.

Yo creía que calidad en atención médica, también suponía recibir un buen tratamiento médico, pero esta persona me contestó que no era algo que pudiera evaluar. Resulta curioso cómo una persona común pero profesional, evalúa lo que es calidad de atención médica.

¿La calidad es algo objetivo o tiene componentes subjetivos?

¿Hay que basarse sólo en criterios técnicos para evaluarla o hay componentes subjetivos? Con otros ejemplos la cosa se vuelve burda. ¿Quién duda que un Mercedes Benz es un auto de gran calidad? ¿Pero un Ford A no tiene calidad? ¿Cuál es la calidad de un Ford A, con una vida, con decenas de años de prueba de cómo funciona? ¿La calidad es conseguir el mejor desempeño de la fórmula costo-beneficio, aún a costillas de la insatisfacción de alguno?

¿La calidad es conseguir el mejor desempeño de la fórmula costo-beneficio, aún a costillas de la insatisfacción de alguno? (...) A los que tenemos una formación médica nos gusta hablar de calidad médica como algo objetivo y que se basa en parámetros técnicos, sin embargo no todos lo ven de esa manera”.

Sobre estos temas vamos a pensar esta noche y así podremos ir aclarando esta serie de conceptos que no siempre están claros, sobre todo para los usuarios.

A quienes tenemos una formación médica nos gusta hablar de calidad médica como algo objetivo y basado en parámetros técnicos, sin embargo no todos lo ven de esa manera.

Sólo me permito comentarles una encuesta que hizo el Centro de Estudios de Economía y Salud (CEES) para el Programa de Modernización del Sistema de Salud (Promoss) y que es la última que tenemos en el Ministerio de Salud Pública (MSP). Fue una encuesta realizada por el economista Daniel Arán y el abogado Carlos Delpiazzo con una gran cantidad de casos y en todo el país. Releva una serie de cosas y entre ellas aspectos referidos a la calidad.

Se preguntó a los encuestados si el sistema de salud debe mantenerse como está porque es bueno, si se le debe hacer pequeños cambios o si se debe reformarse totalmente.

La gente fue categórica: 64% respondió que debe mantenerse como está porque es bueno: 38% que se debe tener pequeños cambios y 23% que debe reformarse totalmente.

Los que opinaban que debía mantenerse como está y los que querían pequeños cambios sumaban 54%.

Para 83.60% de aquellos que estaban mitad y mitad entre los que entendían que había que reformarlo todo y los que decían que no había que hacer nada o sólo pequeños cambios, la atención recibida era aceptable, buena, muy buena o excelente y 14% entendía que era regular o deficiente.

Cuando se le preguntó acerca de su grado de satisfacción según el prestador, en las IAMC, 91,40% contestó que era aceptable, buena, muy buena o excelente y 8% decía que era regular o deficiente.

En los hospitales públicos (Administración de Servicios de Salud del Estado, MSP), 76% calificó la atención de aceptable, buena, muy buena o excelente y 23% manifestó que era regular o deficiente. En los hospitales Policial y de las Fuerzas Armadas se dieron valores muy similares a las IAMC.

¿Cómo surgen estas contradicciones en las que la mitad de la población dice que hay que reformar totalmente el sistema de salud porque no funciona y la otra mitad dice que debe mantenerse como está o tener pequeños cambios, pero cuando le preguntan la satisfacción, un 91,4%, si es de una IAMC, o un 76%, si es del hospital, le contestan que lo ven aceptable, o bien, o muy bien, o excelente?

Esto de la calidad es una cosa interesante y me parece muy bueno este trabajo del FNR que puso a sus técnicos en cada especialidad a mostrar cómo están trabajando, cómo están atendiendo a ese postulado que todos seguimos. Estoy seguro de que esta noche vamos a aprender muchas cosas. Nos vamos a quedar, para poder escucharlos y aprender junto con ustedes.

Muchas gracias.

**“Un diagnóstico de los principales problemas del FNR”.
Dr. Álvaro Haretche, Director Médico del Fondo Nacional de Recursos (FNR).**

“AQUÍ ESTAMOS HABLANDO DE CALIDAD EN TÉRMINOS DE INDICACIONES CORRECTAS Y OPORTUNAS”

La apuesta al desarrollo de un modelo de gestión basado en la calidad que impulsan los responsables del Fondo Nacional de Recursos (FNR) desde 2000, permitió revertir una situación de déficit que afectaba al organismo y modificó la cultura de relacionamiento entre los médicos y la organización. En los últimos dos años, los médicos indicaron menos intervenciones y los procedimientos presentaron mejores resultados. Así se interrumpió una tendencia persistente desde 1981 al crecimiento del número de solicitudes de actos médicos que habían puesto al FNR ante la inminencia de su colapso. Esta situación habría permitido a las autoridades del FNR justificar la introducción de limitaciones en la cobertura, pero los responsables optaron por superar las dificultades apelando a realizar una gestión basada en la calidad. “Se han solicitado menos actos y al mismo tiempo el FNR cada vez niega menos autorizaciones. Es la expresión de un reacomodo del conjunto de piezas que terminan en la realización de procedimientos a los pacientes. Esto no es un juego de palabras”, sino el fruto de un cambio “en la cultura de los médicos, que hace que hoy se utilicen otras herramientas y procedimientos que se consideran mejor indicados”, dijo el director médico del FNR, el doctor Álvaro Haretche²². Al hacer “Un diagnóstico de los principales problemas del FNR”, el médico, que se desempeña en el FNR desde 1997, dijo que el proceso de cambios está inconcluso. Estimó que el organismo aun debe mejorar la accesibilidad de todos los ciudadanos a las técnicas que financia, revisar la conveniencia de dedicar un alto porcentaje de sus ingresos a la atención de pacientes mayores de 75 años y modificar una suerte de frustración que se observa en los usuarios tratados en los institutos de medicina altamente especializada cuando vuelven a atenderse en sus servicios asistenciales. Mirando al futuro, el director médico del FNR señaló la necesidad de “dar una explicación razonable y convincente de por qué, en 10 años, se pasa de 7.904 actos por año a 19.772” y de que la sociedad en su conjunto responda si está dispuesta a sostener un “fondo infinito”, si considera “razonable la cantidad de prestaciones” que asegura el FNR y con qué parámetros se debe medir y comparar la cantidad de actos de medicina altamente especializada que se dan en Uruguay.

22 - El Dr. **Álvaro Haretche**, es médico, posgrado en administración de salud. Es Director Médico del Fondo Nacional de Recursos (FNR) desde 1997. Fue Director Técnico del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU) y es docente en cursos de maestría en salud.

En línea con lo que planteó el Ministro de Salud Pública, doctor Conrado Bonilla, todos nos sentiríamos satisfechos si logramos profundizar nuestra reflexión y pensamiento en torno al Fondo Nacional de Recursos (FNR). Me ha tocado hablar de lo más ingrato, los problemas. Pero confío en que coincidirán en que abordarlos es una manera razonable de comenzar a cambiar y a mejorar lo que muchas veces han sido conductas tradicionales. Voy a dedicar un momento a poner en común qué es el Fondo Nacional de Recursos (FNR). El Fondo Nacional de Recursos (FNR) está regido por el decreto ley N° 14.897 que entró en vigencia en 1980. El decreto fue modificado por la ley N° 16.343 del 24 de diciembre de 1992 que creó lo que denominó “institutos de medicina altamente especializada (IMAE)”. La ley estableció que habrá determinadas prestaciones que serán implementadas por ese tipo especial de efector de salud, los IMAE y encomendó a la Facultad de Medicina que definiera qué es medicina altamente especializada. La Facultad de Medicina definió que *“un acto es de medicina altamente especializada cuando precisa muchos recursos para pocos pacientes y hay un alto riesgo de por medio”*.

¿Qué son los IMAE?

Son organizaciones prestadoras de servicios de salud que brindan procedimientos específicos para el diagnóstico y tratamiento de ciertas patologías de baja prevalencia y alto costo. Creados los IMAE, fue necesario crear un organismo destinado a regular, administrar, gestionar y asegurar un flujo de recursos que les permitiera trabajar.

ACTOS MÉDICOS FINANCIADOS POR EL FNR.	
Área cardiológica	Estudios hemodinámicos Implantación de marcapasos Transplantes Cirugías Angioplastias Implantación de cardiodesfibriladores
Área traumatológica	Prótesis de cadera Prótesis de rodilla
Área urológica	Litotricias percutáneas Litotricias extracorpóreas
Área nefrológica	Hemodiálisis Diálisis peritoneal Transplantes
Otros actos médicos	Transplante de médula ósea Quemados Implantes cocleares
Actos médicos realizados en el exterior (Ley N° 16.343 de 1992)	Transplantes hepáticos Transplantes pulmonares Radiocirugía

Cuadro N° 1. Actos médicos financiados por el Fondo Nacional de Recursos en Uruguay y en el exterior.

El FNR es un fondo creado para situaciones catastróficas, generadas por eventos que ocurren poco, pero cuando lo hacen desestabilizan a los prestadores que deben garantizar la atención en esos casos.

Desde que comenzó a funcionar, el FNR administra y gestiona los recursos que permiten el funcionamiento de esta parte del sistema de salud..

Esos recursos son aportados por los usuarios y llegan al FRN desde el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) que aporta los fondos para cubrir los actos de medicina altamente especializada de los usuarios del sector público y a través del pago de una cuota mensual cercana a los U\$S 2,80 que aportan los usuarios del sector privado.

El problema inmediato que se le plantea al FNR, y que lo acompaña desde hace unos cuantos años es determinar cuáles son las prestaciones que merecen ser catalogadas de medicina altamente especializada.

En el cuadro N° 1 se presenta la canasta de prestaciones que el FNR ha ido cubriendo a lo largo del tiempo.

Las técnicas que se han incorporado más recientemente son los implantes cocleares, el tratamiento de quemados y los trasplantes cuyo número ha ido creciendo.

Se han incorporado también los actos en el exterior: los trasplantes pulmonares, los trasplantes hepáticos y la radiocirugía.

El 29 de junio de 2004 se realizó el primer trasplante pulmonar a un paciente uruguayo y afortunadamente las cosas van marchando bien.

El conjunto de prestaciones ha ido creciendo por aposición, es difícil encontrarle una lógica interna, pero así se fue constituyendo a lo largo de estos años.

Hasta aquí lo descriptivo.

Ahora, he puesto mis énfasis haciendo una selección de datos que nos permite darnos cuenta de dónde estamos parados y cuál es la tarea que tenemos entre manos.

Vamos a tratar de precisar cuáles han sido los problemas más relevantes a los que el FNR no logró dar respuesta durante mucho tiempo.

ACTOS MEDICOS AUTORIZADOS POR EL FNR 1990 - 1999



Cuadro N° 2. Actos médicos autorizados por el FNR (no incluye diálisis) 1990 - 1999.

El primero y al que se ha dado más publicidad, es el crecimiento que se ha dado a lo largo de los años de las prestaciones que se cubren. Hemos tomado sólo diez años pero también se puede observar la tendencia en la década anterior.

Las gráficas que presentamos están detenidas expresamente en el año 1999.

Hay muchos motivos y se han ensayado muchas interpretaciones. Se ha hablado del envejecimiento de la población, de la incorporación de nuevas prestaciones y de

la ampliación del conjunto de técnicas que cubre el FNR pero, en última instancia, alguien tiene que dar una explicación razonable y convincente de por qué se pasó de 7.904 actos por año a 19.772 en diez años.

Y esto sin contar que entre 1992 y 1999 el número de pacientes en diálisis creció como se muestra en el cuadro que sigue:



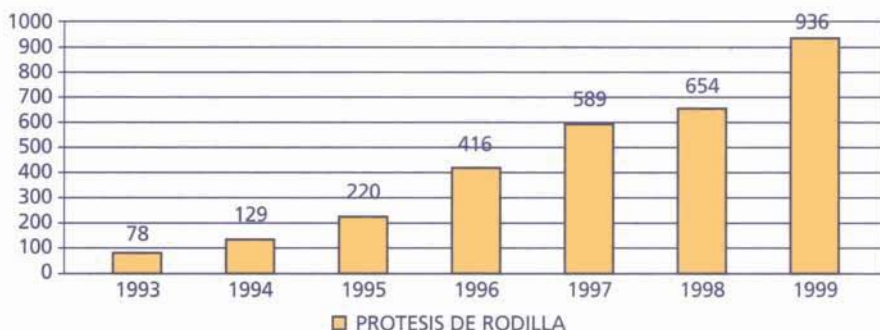
Cuadro N°3: Evolución del número de pacientes dializados. FNR. 1992 - 1999

Sobre este fenómeno, hay interpretaciones que se manejan en el FNR y que apuntan a que se han ido incorporando pacientes al tratamiento, de acuerdo a cómo se ha ido comportando la mortalidad y al tema de los transplantes de riñón.

Más allá de las explicaciones que se han intentado, este es un tema al que el país debe darle una respuesta. ¿Vamos a tener un fondo infinito? ¿Es razonable la cantidad de prestaciones que estamos dando? ¿Con quién debemos comparar para decir que en Uruguay estamos dando la cantidad de actos que realmente deben darse?

Vamos a observar la evolución que tuvo en pocos años una sola técnica, la prótesis de rodilla, y cómo pasó de 100 a cerca de 1000 implantes de prótesis en seis años.

PROTESIS DE RODILLA



Cuadro N° 4. Evolución de prótesis de rodilla autorizadas. FNR. 1993-1999.

Hay que dar una explicación a esto y hacerlo con proyección al futuro, de modo que nos permita adoptar una estrategia y establecer un número de prótesis de rodilla que serán financiadas por el Fondo dentro de diez o quince años. Hay otro tipo de problemas.

Acceso equitativo

El FNR ha tenido siempre como su razón de ser asegurar el acceso equitativo y homogéneo de toda la población a las prestaciones.

ACTOS MEDICOS AUTORIZADOS POR EL FNR - 2003 (Tasa x 10000 habitantes)	
Montevideo	45,3
Interior	37,5
Uruguay	56,0

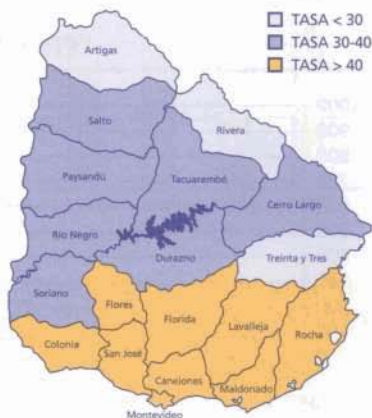
Cuadro Nº 5. Actos médicos autorizados por el FNR en 2003 (Tasa cada 10000 habitantes).

Muchas veces nos hemos entusiasmado con esta idea y hemos presentado al FNR como una herramienta útil para eso.

En el 2003 las prestaciones no han sido homogéneas y se trató de un año en el que este tema estuvo notoriamente mejor que los años 2001 y 2002.

Si comparamos la tasa de Montevideo con la tasa del interior no toda la población del país tiene, el mismo tipo de cobertura.

ACTOS MEDICOS AUTORIZADOS POR EL FNR SEGUN DEPARTAMENTO 2003 (Tasa x 10000 habitantes)		
MENOS DE 30	ENTRE 30 Y 40	MAS DE 40
Artigas Riviera Treinta y tres	Cerro Largo Durazno Paysandú Río Negro Salto Soriano Tacuarembó	Canelones Colonia Lavalleja Flores Florida Maldonado Montevideo Rocha San José



Cuadro Nº 6. Número de actos médicos autorizados por el FNR, por departamento

Se puede razonar que influyen temas de composición de la población, de grupos etarios, pero lo objetivo es que a esta fecha no tenemos equidad en el número de actos en todo el país.

El corte etario de la asistencia que financia el FNR es otro tema bien interesante y conceptual.

Consciente o inconscientemente el país se dio un instrumento muy importante - "fondos marcados", que eso es lo que manejamos en el FNR- para atender procedimientos que se realizan casi totalmente a pacientes adultos y añosos.



Cuadro n° 7. Número de actos médicos autorizados según grupo etario. 2003. FNR.

Un alto porcentaje de nuestros recursos están destinados a la atención de pacientes de 65 y más, de 75 y más. Estamos financiando procedimientos de alto costo, que ocurren pocas veces y que están destinados a atender patologías que afectan a estos grupos de edad. Nunca hemos logrado tampoco dar explicación a este asunto.

A lo largo del tiempo siempre la población de las IAMC ha utilizado más los recursos del FNR que la población usuaria de Salud Pública.

También se puede decir que la población del Salud Pública es más joven. Seguramente es así, ¿pero será tanto más joven?

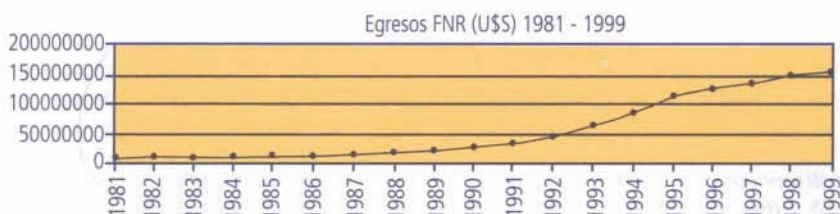
Actos médicos según origen de los pacientes. FNR 2003	
IAMC	70,0 %
MCP	27,5 %
SSFFAA	2,5 %

Cuadro N°8. Actos médicos autorizados por el FNR en 2003, según el origen de los pacientes (Tasa cada 10.000 habitantes).

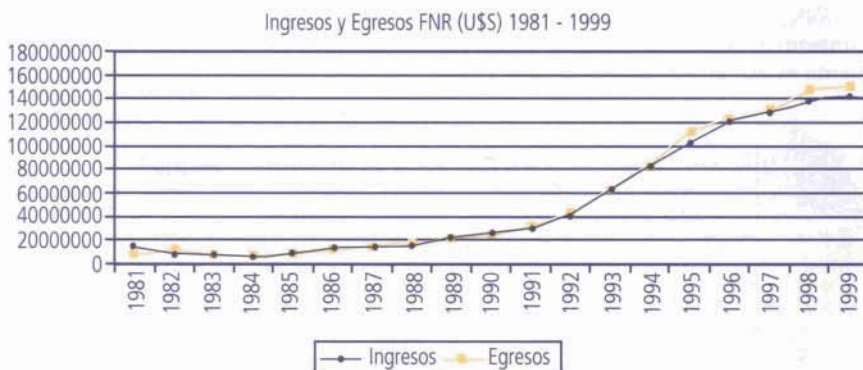
Respecto a los ingresos y egresos en dólares, observamos que hemos sido capaces de gastarnos todo y hasta de gastar más de lo que nos entraba. Y cuando uno gasta más de lo que entra, obviamente tiene déficit.



Cuadro nº 9. Evolución de los ingresos del Fondo Nacional de Recursos (U\$S), 1981 - 1999.



Cuadro nº 10. Evolución de los ingresos del Fondo Nacional de Recursos (U\$S), 1981 - 1999.



Cuadro Nº 11. Evolución de los ingresos y egresos del FNR (U\$S), 1981 - 1999.



Cuadro N° 12. Resultados del Fondo Nacional de Recursos (en dólares), FNR, 1981 - 1999.

Problemas y reflexiones

El FNR tiene un conjunto de problemas. Es un sistema administrador de recursos destinado a financiar actos médicos de prestadores de salud, con una canasta definida por aposición y recursos que se hicieron cada vez más insuficientes porque en cierto momento empezamos a gastar más de lo que la sociedad estaba en condiciones de darnos. Si el FNR hubiera sido una empresa privada cerraba ese mismo día. Es imposible que ningún sistema mantenga un administrador o un prestador de servicios que consuma los recursos con esa voracidad y por definición, los destine a una pequeña parte de la población.

A lo largo del seminario, queremos ir pensando con ustedes sobre estos temas.

El FNR surge como un sistema de financiamiento.

La ley define prestadores y establece un financiamiento para que estos prestadores puedan funcionar. Este financiamiento está destinado a una finalidad de cobertura. Son los recursos que precisamos para asegurar la cobertura a pacientes de todo el país, para diálisis, transplantes, cirugía cardíaca y el resto de las prestaciones definidas. La ley definió un financiamiento para asegurar una cobertura.

Cuando se vio que el financiamiento no alcanzaba, se pudo haber dicho que se debía poner un límite a la cobertura, cosa que han hecho muchos sistemas. Si la cobertura que se garantiza es excesiva para los recursos que se disponen, se establecen limitaciones. Yo sería capaz de defender esta opción. Se podría sostener que el país no está en condiciones de financiar determinadas prestaciones o a pacientes de determinada edad.

El camino más fácil hubiera sido decir que en Uruguay hay dinero suficiente para hacer diálisis hasta determinada edad o en ciertas condiciones y así poner límites.

Pero eso no fue lo que se hizo. El FNR escogió un camino distinto y por eso tenemos temas para tratar.

El FNR escogió el camino de analizar si la cobertura que brinda cumple con la finalidad que le estableció la ley y si da prestaciones suficientes y de calidad aceptables para el país.

Ese camino permitió no sólo sacar una serie de conclusiones en términos de calidad, sino también en términos de financiamiento.

La opción por una estrategia destinada a evaluar la calidad no sólo resultó valiosa en sí misma, lo cual hubiera sido suficiente, sino que tuvo un impacto en términos de financiamiento. Y ese es el tema de este seminario.

Esto es lo que pasó en los últimos años en el FNR: las prestaciones que en el año 1999 habían llegado a 19.772, en 2002 fueron 15.873.



Cuadro N° 13. Actos médicos autorizados por el FNR (no incluye diálisis), 1990 - 2002.

Se podrá decir que de hecho se establecieron limitaciones disfrazadas de criterios de calidad que limitaron el acceso de los pacientes a las prestaciones.

Eso no fue así y se observa en la evolución de las solicitudes de actos médicos llegadas al FNR.

El verdadero impacto en términos de cambio, y que se dio en profundidad en términos de calidad en el FNR, fue el cambio de hábitos y conductas de quienes trabajamos con los actos médicos. Esto se reflejó en que los médicos comenzaron a solicitar un menor número de prestaciones.

En el cuadro N° 13 se observan los actos médicos solicitados al FNR y los que negó.

Solicitudes de actos médicos autorizadas y negadas, FNR
1997 - 2003



Cuadro N° 14. Evolución del número de actos médicos autorizados y negados FNR (no incluye diálisis), 1997 - 2003.

Se han solicitado menos actos y al mismo tiempo el FNR cada vez niega menos autorizaciones. Esto no es un juego de palabras.

Es la expresión de un reacomodo del conjunto de piezas que terminan en la realización de procedimientos a los pacientes.

En el cuadro N° 17 mostramos la evolución de las solicitudes de estudios hemodinámicos que llegaron al FNR.

Litrotrocías solicitadas. 1997 - 2003



Cuadro N° 15. Evolución de solicitudes de litotrocías autorizadas y negadas. FNR, 1997 - 2003.

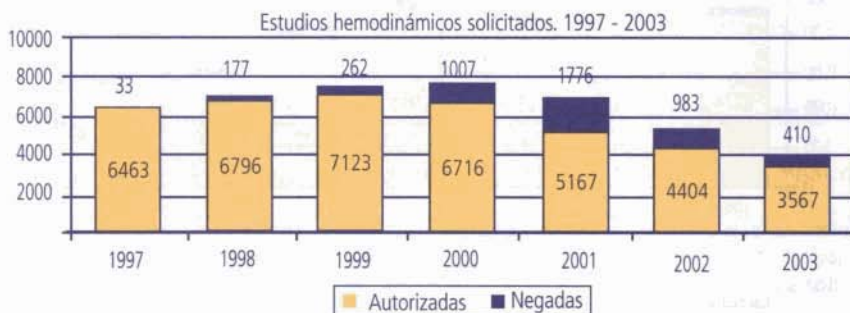
Se procesó un cambio en las normativas y en la cultura de los médicos que hace que hoy se utilicen otras herramientas y procedimientos que se consideran mejor indicados. Esto ocurrió con las solicitudes de marcapasos.



Cuadro N° 16. Evolución de solicitudes de implante de marcapasos autorizados y negados. FNR, 1997 - 2003.

Esto que ha sucedido es muy importante. Si no somos capaces de formular la calidad en términos de indicaciones oportunas y bien hechas, no es calidad. Es una calidad, como decía el Ministro de Salud Pública Conrado Bonilla, sólo en términos de satisfacción. Aquí estamos hablando de calidad en términos de indicaciones correctas y oportunas.

"Si no somos capaces de formular la calidad en términos de indicaciones oportunas y bien hechas, no es calidad. Es una calidad sólo en términos de satisfacción. Aquí estamos hablando de calidad en términos de indicaciones correctas y oportunas"



Cuadro N° 17. Evolución de solicitudes de estudios hemodinámicos autorizados y negados. FNR, 1997 - 2003.

Un aspecto a observar al respecto, es el relativo a la mortalidad al alta, y lo hacemos a partir de las cifras registradas en los últimos cuatro años en un IMAE de cirugía cardíaca.

Año	Nº	Nº de pacientes complicados	Mortalidad alta
2000	127	52,0%	15,0
2001	87	42,5%	10,3%
2002	102	38,2%	11,8%
2003	102	15,7%	7,8%

Cuadro N° 18. Cirugía cardíaca. Tasa de mortalidad al alta (enero - junio de cada año) IMAE X. FNR, 2000 - 2003.



Cuadro N°19. Cirugía cardíaca.
Tasa de mortalidad al alta (enero -junio de cada año) IMAE X. FNR, 2000 - 2003.

Se puede sostener, y seguramente fue lo que ocurrió en los dos primeros años registrados, que hubo una selección de los pacientes lo cual no es una mala cosa. Probablemente esa selección luego se estabilizó y la mortalidad siguió bajando. Otro elemento interesante en términos de calidad es lo relativo a las complicaciones que se registran en los pacientes tratados. Nos aproximamos a este tema a partir de cifras de estudios hemodinámicos clasificados según resultados. El resultado de un estudio hemodinámico puede dar con lesiones o sin lesiones.

En 2000, 20,7 % de los pacientes a los que se les hizo estudios presentaba lesiones. La cifra se mantuvo en 2001 (20,2%), bajó un poco en 2002 (19,6%) y en 2003 el porcentaje de quienes presentaban lesiones fue 11,5%.

Esto quiere decir que la indicación del estudio fue mejor orientada, más oportuna y correctamente definida. Esto significó que hubo un menor número de pacientes agredidos, porque, aunque justificada, un estudio hemodinámico, un cateterismo, suponen una agresión.

Resultado	2000	2001	2002	2003
Sin Lesiones	79,3%	79,8%	80,4%	88,5%
Con Lesiones	20,7%	20,2%	19,6%	11,5%
Número	3433	3416	3230	2525

Cuadro N° 20. Estudios hemodinámicos según resultados (1er. semestre de cada año), 2000 - 2003.

Voy a terminar refiriéndome a una dimensión pocas veces tratada de la calidad y que considero que debería ser parte de los problemas que el FNR tiene por resolver. El FNR hace procedimientos muy costosos, muy efectivos, poco frecuentes y bastante invasivos a pacientes que normalmente suelen quedar con la satisfacción de haber sido bien atendidos, pero con una enorme frustración en términos de seguimiento de esa asistencia.

En lugar de armonizar el trabajo de los IMAE con el resto del sistema de salud, la lógica de funcionamiento de la medicina altamente especializada a través del FNR muchas veces establece un corte que hace que el paciente al que se le hizo una cirugía cardíaca sin que tuviera que pagar un vintén, después no pueda pagar los tiques de su medicación o las órdenes para hacer el seguimiento de su diabetes. Sobre este punto hemos realizado un trabajo con la psicóloga Verónica Massonier. El FNR ha comenzado un proceso de transformación que no está concluido y nosotros tenemos que ponernos en primera fila a la hora de realizar autocríticas. Todavía no hemos logrado una gestión excelente ni un nivel excelente de calidad. Son tareas que están en curso. Lo que sí nos parece es que el FNR ha mostrado que es posible trabajar en este sentido y que cuando el trabajo de los técnicos se orienta de esa forma se dispone de instrumentos que permiten mostrar resultados como estos.

“Los proveedores y los médicos en la gestión del financiamiento”. Dr. Alarico Rodríguez, Encargado de Autorizaciones y Control del FNR.

“LAS ESTRATEGIAS DE MARKETING HAN BORRADO LOS LÍMITES ENTRE PUBLICIDAD Y PERIODISMO, CIENCIA Y MARKETING, Y LA JUSTA PRÁCTICA DE LOS NEGOCIOS Y EL MERCANTILISMO”

Una política de compras definida e intervenciones coherentes y sostenidas en el tiempo permitieron al Fondo Nacional de Recursos (FNR) mejorar los precios de compra de insumos y adecuar las relaciones que se dan entre el organismo, los proveedores y médicos del FNR y de los institutos de medicina altamente especializada.

Los gastos en algunos dispositivos se redujeron a la tercera parte en tres años, en un proceso en el que los actores se mostraron dispuestos a colaborar con las políticas definidas sin que faltaran los que se propusieron “obstaculizar algunas de las políticas implementadas”, dijo el encargado de autorizaciones del FNR, el doctor Alarico Rodríguez²³.

Analizando el desempeño de “Los proveedores y los médicos en la gestión del financiamiento”, Rodríguez dijo que “el complejo médico industrial ha utilizado mecanismos de comunicación directa con los pacientes, marketing directo al consumidor y propaganda directa, que en la mayoría de los países no están permitidos y en Uruguay tampoco. Se puede decir que las estrategias de marketing han borrado los límites entre publicidad y periodismo, ciencia y marketing, mercantilismo y la justa práctica de los negocios”.

Voy a contarles acerca de la política de compras del Fondo Nacional de Recursos (FNR) y el papel que jugaron, tanto en la colaboración como en obstaculizar algunas de las políticas implementadas, los proveedores (la industria), los médicos vinculados al Fondo Nacional de Recursos (FNR) y los médicos de los institutos de medicina altamente especializada (IMAES) que son quienes utilizan los insumos que el FNR compra.

23 - El Dr. **Alarico Rodríguez** es médico y postgraduado en administración de servicios de salud, encargado de Autorizaciones y Control del FNR y miembro del Comité de Educación Médica Continua del FNR. Integra del Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay (SMU) del que es secretario médico y es socio fundador de la Sociedad Uruguaya de Salud Pública y de la Sociedad Uruguaya de Economía en Salud.

Gran parte de los fondos del FNR está destinada al financiamiento de actos médicos. Esos actos médicos están arancelados y por ellos se paga un módulo que incluye la mayoría de los dispositivos e insumos que se utilizan para desarrollarlo.

Pero hay algunos dispositivos biológicos y prótesis que son comprados en forma directa por el Fondo.

A esta pequeña porción de las compras del FNR es a la que me voy a referir en esta presentación.

El FNR compra dispositivos para cirugía cardíaca (marcapasos y estabilizadores para cirugía sin circulación extracorpórea), prótesis (tubos valvulados, válvulas protésicas para la cirugía valvular, parches pericárdicos), y otras prótesis como las de rodilla y el *stent* coronario para las angioplastias.

Nos referiremos al análisis del mercado en el que el FNR desarrolló su política de compras.

Los economistas repiten permanentemente que el mercado de bienes y servicios de salud es el más imperfecto de todos los mercados.

Para que el mercado asigne eficientemente los bienes privados debe reinar la soberanía del consumidor y, para ello, el consumidor debe tener conocimiento suficiente sobre precios, calidad y otros beneficios a fin de poder escoger y tomar decisiones racionales.

Esto no sucede en el sector salud, donde no existe libertad ni racionalidad en los consumidores ni en los proveedores.

En salud, el consumidor no adquiere bienes y servicios por su libre elección sino en función de lo que determina la patología que lo afecta y por estar cubierto por un seguro. A su vez, la falta de conocimiento médico hace que no sea un consumidor racional.

El rol de agente del paciente en la demanda que asume el médico, la existencia de algunas externalidades y la incertidumbre respecto a los precios son algunas características que hacen imperfecto al mercado de la salud.

En la relación médico-paciente, la falta de conocimientos médicos del paciente hace que el verdadero demandante sea el médico que actúa como agente del paciente en la demanda.

La incertidumbre acerca del diagnóstico y el tratamiento a realizar hace que no se pueda medir el precio de lo que se va a adquirir. No existe independencia de la capacidad de pago.

En los mercados donde hay participación de seguros se da la selección adversa por parte del consumidor. Esto se da al facilitarse la compra del seguro, el pre-pago, y la selección de riesgo por parte del seguro que busca hacerse de aquellos clientes que presentan menor riesgo.

Muchas de esas imperfecciones del mercado de salud afectan al consumidor individual pero desaparecen cuando el consumidor es una institución como el FNR.

Una institución generadora de conocimiento puede superar las imperfecciones, en tanto tiene posibilidades de discutir con los proveedores lo que va a adquirir y puede disponer y elegir en qué va a gastar y en qué no.

Están también los mercados imperfectos, aunque no tanto como los de la salud, donde la competencia perfecta no funciona y cuyo ejemplo más clásico son los que presentan situaciones de monopolio y oligopolio.

El FNR debe enfrentar cuatro grandes presiones teóricas a la hora de desarrollar su política de compras.

El envejecimiento de las personas y la transición demográfica alcanzada por Uruguay, con la persistencia de enfermedades crónicas es determinante de un crecimiento de los gastos en financiamiento, constituye una presión de tipo demográfica que actúa sobre la política de compras del FNR.

Otra la determina la situación económica de la sociedad, los ajustes económicos, que hacen que haya más o menos aportantes al FNR.

Las crecientes exigencias de usuarios que acceden más rápidamente a mayor información y conocimientos sobre salud constituyen una tercera presión. Y finalmente, los avances tecnológicos.

Comenzamos a hablar del papel de la industria, del complejo médico-industrial.

No sugiero leer el libro "Jurado de muerte", pero rescaté de él una frase dicha por un vocero de una empresa que señalaba que "quienes están al frente de una empresa de medicamentos no son obispos, son hombres de negocios". Esto es algo que no debemos olvidar cuando negociamos la compra de insumos para servicios de salud.

No es poca la plata que se mueve en el tema de los medicamentos, dispositivos y equipamientos del sector salud.

En 1993, América Latina y el Caribe gastó dieciséis mil millones de dólares y no fue la región que más gastó. Ese año, mientras que Brasil gastó siete dólares per cápita en dispositivos y equipos médicos y México U\$S 5,5, Canadá dispuso de U\$S 82, Japón U\$S 94, Alemania U\$S 108 y Estados Unidos U\$S 140.

El complejo médico industrial ha utilizado mecanismos de comunicación directa con los pacientes, marketing directo al consumidor y propaganda directa, que en la mayoría de los países no están permitidos y en Uruguay tampoco.

Se puede decir que las estrategias de marketing han borrado los límites entre publicidad y periodismo, ciencia y marketing, mercantilismo y la justa práctica de los negocios. Los ejemplos son innumerables. Se ha asistido en todo el mundo, incluso en Uruguay, a campañas periodísticas donde se va generando opinión, acerca de dispositivos que pueden salvar la vida, cuando muchas veces se trata de elementos cuyos beneficios no fueron probados.

Los beneficios del *stent* con droga frente al tradicional fueron detallados en un artículo publicado en un periódico de nuestro país, sin que el dispositivo hubiera sido aprobado por la agencia del gobierno de los Estados Unidos, que regula el ingreso de medicinas y dispositivos al mercado, Food and Drug Administration (FDA). El *stent* con droga había sido aprobado como dispositivo de investigación por la FDA y sin embargo la industria informó a la opinión pública que había aparecido la panacea para la angioplastia.

A partir de estas situaciones Sidney M. Wolfe reflexionó en "The New England Journal of Medicine" que "la educación de los pacientes es muy importante como para dejarla en manos de la industria, con sus campañas pseudo-educativas, diseñadas primero y sobre todo para promocionar productos".

No estamos haciendo un planteo original ni se trata de un invento uruguayo. Esto es lo que las revistas médicas científicas están planteando, alertando y advirtiendo al cuerpo médico.

El campo de acción de las políticas de marketing no se limita a marketing directo hacia la población, también hay un marketing directo hacia los médicos, hacia el agente del demandante.

Si buscan referencias sobre conflictos de intereses en el sitio web Panmed obtendrán 4750 referencias.

El año pasado un mismo número del British Medical Journal (BMJ) dedicó un editorial y tres artículos²⁴ a tratar el tema del conflicto de intereses. Se trata de algo que está a la vista de todo el mundo y que comienza a aparecer en las revistas científicas. Una investigación realizada entre quienes elaboraban guías de práctica clínica, publicada en Journal of the American Medical Association (JAMA) en el 2002²⁵, demostró que en siete de las diez enfermedades contempladas en el estudio, el 100% de las guías tenía al menos un autor en conexión con la industria.

Fueron encuestados los autores de 44 guías de práctica clínica y respondieron 100 autores (52%). Según el estudio, 87% de los autores tenía algún tipo de contacto con la industria, 57% recibía apoyo financiero para la investigación, 38% había trabajado o ejercido como consultor para este tipo de empresas, 59% tenía relación con laboratorios fabricantes de fármacos contemplados en su respectiva guía de práctica clínica y 96% había tenido vínculos previos. El 81% de los encuestados declaró tener algún tipo de interacción con la industria declaró tenerlo 81% de los encuestados, en una media de 10.5 compañías distintas por cada guía. Según 55% de los encuestados en las guías no existía ningún proceso formal de declaración de estas relaciones.

Hoy toda revista científica acreditada exige la declaración del conflicto de intereses para su publicación. Sin embargo, 93% de los encuestados no pensaba que su relación con la industria influenciase el resultado final y sólo 19% opinaba que la relación de sus compañeros de comité pudiera tener alguna influencia.

Esto es comprensible. Es muy común que se diga "yo no entiendo a este laboratorio, que viene, me invita a comer, me paga el viaje, me regala libros y sin embargo yo no le receto". Hay estudios que demuestran que esas acciones terminan influyendo.

Anteriormente nos referimos a las exigencias de los usuarios y a los avances tecnológicos. En este caso no son influencias directas, sino un círculo que hace la presión sobre el financiador. Es el complejo médico-industrial actuando sobre los médicos, actuando sobre los usuarios y es la interacción entre el usuario y el médico la que determina la política del financiador.

24 - Kamran, Abbasi, K., Smith, "No more free lunches" RBMJ 2003; 326: 1155-1156

<http://bmj.com/cgi/content/full/326/7400/1155>

Bero, L., Djulbegov, B., Clark, O., Lexchin, J. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review BMJ 2003; 326: 1167-1170. <http://bmj.com/cgi/content/full/326/7400/1167>

Ahlqvist-Rastad, J., Beermann, B., Meijer, G., Melander, H. Evidence based medicine-selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: review of studies in new drug applications, BMJ 2003; 326: 1171-1173. <http://bmj.com/cgi/content/full/326/7400/1171>

Brawn, R., Carthy, P., Harvey, I., Moore, L., Robinson, E., Watkins, C. Characteristics of general practitioners who frequently see drug industry representatives: national cross sectional study BMJ 2003; 326: 1178-1179. <http://bmj.com/cgi/content/full/326/7400/1178>

25 - Allan S. Detsky, A. S., Choudhry, N.K., Thomas Stelfox, H., "Relationships Between Authors of Clinical Practice Guidelines and the Pharmaceutical Industry". JAMA 2002; 287:612-617

Finalmente, presentaré un caso paradigmático de la estrategia de compra en el FNR. Hasta 1999, el FNR tenía un precio fijo para los stents de U\$S 1989 dólares que fue resultado de una licitación.

En el año 2000, el FNR realiza su primera intervención proactiva, convocando una nueva licitación en la que se fomentó la participación de empresas que hasta ese momento no era proveedoras procurando que trajeran stents de buena calidad a un precio competitivo. Ese año se logró bajar un poco el precio de los stent, que pasó de U\$S 2000 a U\$S 1700.

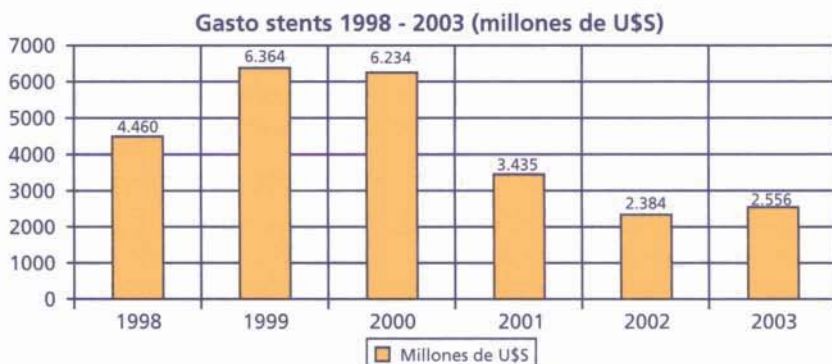


Cuadro N° 1. Evolución del precio de compra de stents (U\$S). FNR, 1999-2003.

Una nueva intervención determinó la pesificación del valor del stent, con lo que su precio se redujo a 1100 dólares.

Finalmente en los años 2002 y 2003 se terminó pagando los stents a 640 dólares (Ver cuadro N° 1).

Esta política respecto al precio de los stents, acompañada de una política de control de la utilización de los actos, determinó la evolución del gasto anual en stents del FNR que se observa en el cuadro N° 2.



Cuadro N° 2. Evolución del gasto anual en stents. FNR (millones de U\$S), 1998 - 2003.

Así, un costo que en 2000 superaba los seis millones de dólares, en 2003 se redujo a dos millones y medio de dólares, efectivizando un ahorro superior a tres millones de dólares en la compra de un solo dispositivo.

**“La evaluación de los resultados de los actos médicos”,
Dr. Henry Albornoz, Equipo de seguimientos del FNR.**

**“LA FRACTURA DE CADERA ES UN EVENTO CASI
DESASTROSO. HAY QUE HACER MUCHO MÁS
ESFUERZO EN PREVENIR”**

Estudios de evaluación de resultados de actos médicos financiados por el Fondo Nacional de Recursos (FNR) mostraron que a los tres meses de realizarse una prótesis de cadera el número de pacientes imposibilitados de caminar se duplica y el número de los que tienen posibilidades plenas de autonomía se reduce a la mitad.

Estas investigaciones que se realizan desde 2000, concluyeron que la mortalidad de pacientes sometidos a cirugías cardíacas, a 6 meses de la intervención, varía entre 4% y 14% según el centro donde hayan sido tratados.

Esta información, que evalúa el “valor creado” por el FNR fue producida por los equipos de seguimiento, herramienta con la que la institución procura consolidar un modelo de gestión de calidad.

Al presentar “La evaluación de los resultados de los actos médicos”, el doctor Henry Albornoz²⁶, coordinador de uno de esos equipos, explicó que el objetivo de este programa es conocer los resultados nacionales y de cada centro en los diferentes procedimientos que se realizan bajo la cobertura del FNR y generar información.

Según Albornoz, estos datos están dirigidos a los pacientes, técnicos de los institutos de medicina altamente especializada y del FNR.

Los evidencias recogidas en sus investigaciones han convencido a Albornoz de que “la fractura de cadera es un evento casi desastroso en el devenir de una persona” y de que son necesarios mayores esfuerzos “en prevenir”.

Presentaremos nuestra experiencia en la evaluación de resultados de actos médicos, comenzando por plantear dónde se inserta la evaluación de resultados en el proceso que se sigue en el Fondo Nacional de Recursos (FNR), los objetivos con que se empezó a trabajar y con cuáles trabajamos actualmente.

Luego plantearemos elementos de la metodología que usamos y mostraremos algunos ejemplos.

26 - El Dr. Henry Albornoz, es médico intensivista y especialista en enfermedades infecciosas y fue miembro de la Comisión Nacional de Prevención de Infecciones Hospitalarias. Integra los equipos de seguimiento del Fondo Nacional de Recursos (FNR).

El mecanismo que determina la financiación de actos médicos a través del FNR comienza a funcionar a partir de una solicitud para la realización de una prestación que es analizada por un sistema de autorización que determina la realización del procedimiento.

Una vez realizado el procedimiento hay un resultado. Es en la fase de evaluación del resultado que entra en acción el programa de seguimiento.

Inicialmente, el programa se estableció para evaluar los resultados después de realizados los actos. Los objetivos eran conocer los resultados nacionales y de cada centro en los diferentes procedimientos que se realizan bajo la cobertura del FNR y generar información que retroalimente el sistema.

Esta retroalimentación de información está dirigida a los pacientes, para que conozcan los resultados obtenidos en las distintas técnicas financiadas a través del FNR, a los técnicos que trabajan en los diferentes institutos de medicina altamente especializada, y que conocen el desempeño de sus centros, para que conozcan los resultados del resto del sistema y a los técnicos del FNR.

Conocer estos resultados es muy importante para la toma de decisiones que afectan las distintas secuencias de hechos que determinan el funcionamiento del FNR.

Por cierto, que esta información debería estar disponible para todo el sistema de salud.

El objetivo final es apuntar a un modelo para la gestión de calidad. Este modelo de gestión tiene un producto final, un valor creado, que son los resultados y a la evaluación de ellos es que apunta este sistema de seguimiento.

Nos han preguntado por qué denominamos "de seguimiento" al programa, cuando en realidad, se trata de evaluación de resultados. Tiene que ver con la intensidad del trabajo y el seguimiento estricto que hacen a los pacientes algunos de los integrantes del grupo. Si se tiene presente que hubo casos en que se fue a buscar al paciente al domicilio, se verá que el nombre es correcto.

El equipo de trabajo se integró en forma multidisciplinaria. Trabajaron dos médicos, dos licenciadas en enfermería, asistentes sociales y especialistas en estadísticas.

Cuando se habla de integrar equipos multidisciplinarios siempre se generan dificultades. El hecho de que haya nurses visitando pacientes, puede llevar a pensar que estas profesionales hacen diagnósticos. Nosotros no realizamos diagnósticos. Vigilamos y registramos la ocurrencia de eventos.

Las licenciadas en enfermería del equipo tienen un entrenamiento importante y de muchos años en la búsqueda y registro de datos relativos al control de infecciones hospitalarias.

Desde el principio del trabajo contamos con un equipo de especialistas en métodos y bioestadística. La rigurosidad y profundidad del análisis estadístico es muy importante en la evaluación de resultados.

Con ese equipo de trabajo diseñamos diferentes sistemas para recoger la información y realizamos estudios prospectivos y retrospectivos.

También fue diversa la forma en que se hicieron los estudios.

Hubo casos en que se incluyó la totalidad de los pacientes. El seguimiento de los casos de trasplante de médula ósea incluyó 100% de las intervenciones realizadas desde 1995, cuando se incorporó esta técnica a la financiación del FNR.

En otras oportunidades se consideraron los casos ocurridos en un período de tiempo determinado. Así se estudió la evolución de la cirugía cardíaca. Se consideraron

los casos producidos en un período de tres meses y luego se siguió la evolución de todos los pacientes intervenidos en ese lapso.

Algunos de los últimos estudios, como el de pacientes a los que se les aplicó marcapasos, los hicimos con un sistema de muestreo. Del total de pacientes a los que se implantó marcapasos en un año tomamos una muestra representativa más pequeña y fácil de seguir para recoger los datos.

Este método asegura una mayor representatividad que la que se obtiene cuando se sigue exclusivamente los casos de un período.

La información la vamos a buscar a los lugares donde está disponible.

Elaboramos cuestionarios que a veces son respondidos por los pacientes antes de ser operados o sometidos a algún procedimiento. También procuramos las respuestas luego de realizados los procedimientos.



Cuadro N° 1. Proceso de las prestaciones financiadas por el FNR.

El sistema de registros médicos del FNR tiene una base de datos envidiable por la cantidad de actos e información que tiene.

La existencia de esta base de datos, nos permitió desarrollar muchos estudios retro prospectivos con la certeza de que en ella están todos los procedimientos realizados en un determinado período de tiempo.

Visitamos a los pacientes en los IMAES, en el perioperatorio inmediato, en el postoperatorio, al alta o hasta que tienen algún evento y les hacemos seguimiento telefónico a 30, 60 y 180 días.

Esto no lo hacemos en todos los estudios, sino que los vamos seleccionando según como esté diseñado el trabajo y los sistemas que hayamos decidido utilizar.

Contar con un equipo especializado en estadística es de capital importancia para la producción y análisis de la información.

Cuando se evalúan resultados, el problema más importante que se termina planteando es cómo ajustar por el riesgo.

Siempre se deben tener en cuenta las diferencias entre las poblaciones que pueden ser intervenidas o los diferentes centros en que se realiza el procedimiento.

Se trata de algo que debe ser ajustado, porque ese riesgo diferenciado puede existir. Para esto, hay distintos sistemas.

El método más sencillo es el de estratificación, que a partir de definir una o dos características que permitan separar a la población en categorías, evalúa los resultados por categorías.

Hemos utilizado la estratificación para evaluar la cirugía cardíaca infantil y para el seguimiento de infecciones de sitio quirúrgico. En este último caso es un sistema sencillo de aplicar. Otro sistema que hemos utilizado es el de puntuación o score. Le asignamos un valor a variables consideradas en estudios anteriores que pueden alterar el riesgo de que un paciente padezca un evento que estamos estudiando. De este modo se genera un conjunto de estratos, que son considerados siempre dentro de una misma proporción de que pueda ocurrir el evento.

AÑO	ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO POR TÉCNICA
2000	■ Artroplastia y Angioplastia (octubre)
2001	■ Cirugía por Enfermedad Cardiovascular Congénita (agosto) ■ Cirugía de Revascularización Miocárdica (agosto)
2002	■ Cirugía por Enfermedad Cardiovascular Congénita II ■ Trasplante de Médula Ósea (junio) ■ Seguimiento prospectivo de Artroplastia de Cadera por Fractura (agosto) ■ Seguimiento prospectivo de Artroplastia de Rodilla (diciembre)
2003	■ Angioplastia Coronaria Transluminal percutánea (julio) ■ Seguimiento de Cardiodesfibriladores Implantables (agosto) ■ Seguimiento de Marcapasos (diciembre)
2004 (en ejecución)	■ Cirugía Cardíaca por Enfermedad Cardiovascular Congénita III. ■ Mortalidad e Infecciones de Sitio Quirúrgico en Cirugía Cardíaca de Adultos, Seguimiento Prospectivo. ■ Seguimiento de solicitudes negadas y dejadas pendientes por el FNR

Cuadro N° 2. Estudios de seguimiento por técnica, 2000 - 2004. FNR.

También hemos usado modelos de regresión, en los que tratamos de determinar variables significativas que nos permitan ajustar el riesgo en la técnica y la población que analizamos.

Así buscamos superar uno de los inconvenientes que tienen los sistemas de puntuación importados del exterior. El comportamiento de las variables con respecto al riesgo puede ser distinto cuando nos referimos a actos realizados en Europa o Estados Unidos de América (EUA) y los relacionamos con la realidad de Uruguay.

Entre los indicadores de calidad evaluamos mortalidad, infección de sitio quirúrgico (la infección de la herida operatoria), éxito que lo medimos considerando diferentes elementos, resultados funcionales y calidad de vida.

Entre octubre de 2000 y diciembre de 2003 hicimos diez estudios en diversas técnicas y en 2004 tenemos tres en ejecución. (Cuadro N° 2)

INFECCION DE SITIO QUIRURGICO EN ARTOPLASTIA DE RODILLA

AÑO	TOTAL DE PACIENTES	SIN INFECCION %	NO DEFINIDA %	INFECCION DE SITIO QUIRURGICO			
				% TOTAL	% TOTAL SEGUN TIPO DE INFECCION		
					INCISIONES SUPERFICIALES	INCISIONES PROFUNDAS	INFECCIONES DE ORGANO O CAVIDAD
1999	199	91	3	6	4,0% (67%)	1,50% (25%)	0,50% (8%)
2002	182	90,3	5,1	4,5	3,3% (74%)	0,55% (13%)	0,55% (13%)

Cuadro N° 3. Artroplastia de rodilla. Infección de sitio quirúrgico, FNR. 1999 - 2002.

Resultados

En 1999 hicimos un seguimiento a 199 pacientes que se habían sometido a una cirugía de rodilla para el implante de una prótesis (artroplastia de rodilla). Uno de los indicadores que seguimos fue la infección de sitio quirúrgico.

De los 199 pacientes, 6% desarrolló una infección a nivel de la herida operatoria. De ese 6% de infecciones, 67% las catalogamos como incisionales superficiales, eventos de poca gravedad que comprometen piel y tejido celular subcutáneo y no determinan mayor morbilidad.

Las infecciones que interesa determinar cuando se observa las infecciones de sitio quirúrgico son las denominadas de órgano o cavidad, que comprometen la prótesis articular de pacientes sometidos a artroplastia. El seguimiento que hicimos mostró que 8%, de los pacientes infectados, padecieron este tipo de infección.

Esta cifra puede considerarse óptima en relación a las que registra la literatura internacional.

En el 2002 volvimos a realizar la misma evaluación con un sistema similar y un 4,5% de los 182 pacientes estudiados desarrollaron una infección.

Al igual que en el estudio anterior la mayoría de las infecciones eran superficiales (74% de las infecciones) y las que comprometieron la prótesis representaban una proporción relativamente baja.

En los dos años estudiados, menos de 1% del total de pacientes operados padeció infecciones de órgano o cavidad (0,5% en 1999 y 0,55% en 2002). (Ver cuadro N° 3)

Se hizo el seguimiento de 300 pacientes que fueron sometidos a cirugía cardíaca de revascularización coronaria, en un período de tres meses del año 2000.

Se observaron resultados interesantes al analizar las curvas de supervivencia que mues-

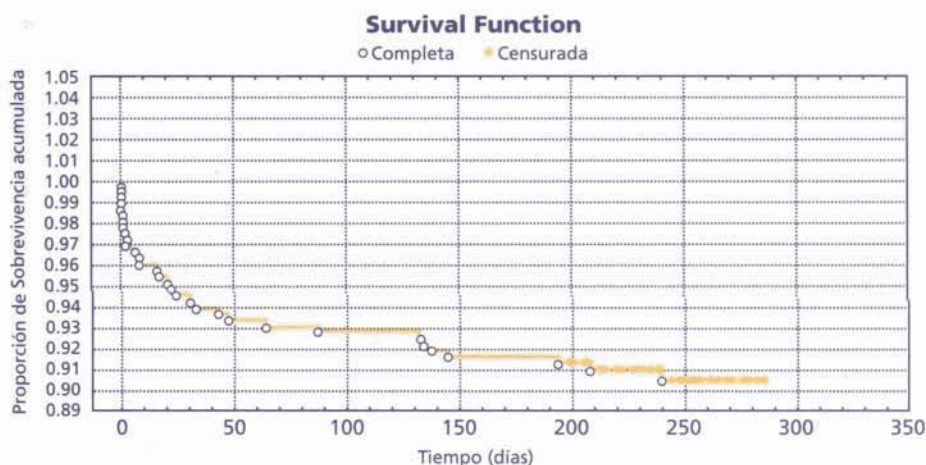
POBLACION	ISQ	RANGO ENTRE CENTROS	ISQ INCISIONALES	ISQ PROFUNDAS
FNR (3 meses) (2001-2002)	4,5 %	1,8 - 16,7 %	3,96 %	0,57 %
FNR (6 meses) (1999)	6,0 %	4,3 - 9,4 %		
Zuckerman	< 5 %			
Sutton (3 meses)	2 %			
Otros autores	8 %	3-14 %	7 %	1 % (0-4 %)
				0,8 - 1,7 %

Cuadro N° 4. Artroplastia de rodilla. Infección de sitio quirúrgico FNR. 1999 - 2002.

tra la proporción de pacientes que van quedando vivos a medida que pasa el tiempo. En el cuadro N° 5, el tiempo 0 indica el día de la cirugía y el porcentaje de sobrevida es 100%.

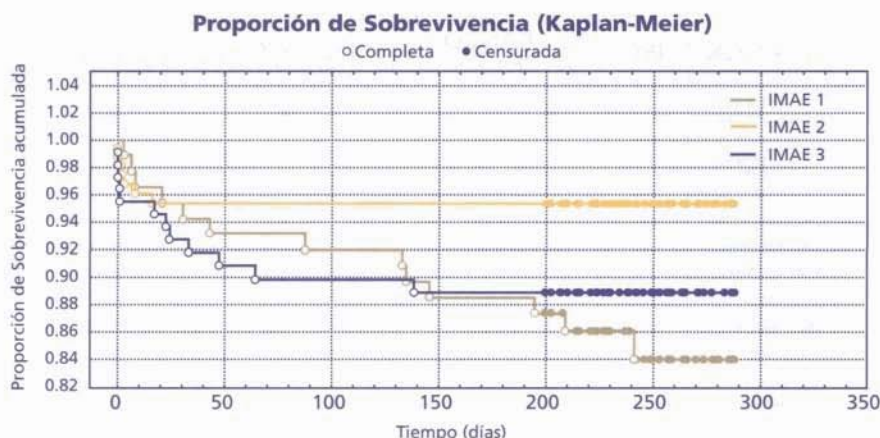
A medida que va pasando el tiempo algunos pacientes van falleciendo y la sobrevida va disminuyendo.

En el período estudiado, a los 180 días la sobrevida fue de 92%.



Cuadro N° 5. Curva de sobrevida. Cirugía de revascularización coronaria, FRN, 2000.*

El análisis de la evolución de la sobrevida según los diferentes centros donde se habían atendido los pacientes resultó interesante y mostró comportamientos diferentes según el IMAE.



Cuadro N° 6. Cirugía de revascularización coronaria. Curva de sobrevivencia según IMAE, 2000.

En un centro los pacientes tenían una pequeña mortalidad postoperatoria inmediata, pero a partir de los 30 o 40 días de la cirugía no fallecía ningún paciente.

En otro centro, que tenía también una pequeña mortalidad postoperatoria, a medida que iba pasando el tiempo no se lograba estabilizar, y a los 30 días la mortalidad andaba entre 5% y 7%.

Cuando los evaluamos a los 180 días, unos tenían una mortalidad del 12% o 14% y otros se mantenían en una mortalidad de 4%.

Estos datos son muy interesantes y sirven para poder explicar el diferente comportamiento observado en los diversos centros. (Ver cuadro N° 6)

***A los tres meses de haberse hecho una artroplastía de cadera
"10% de los pacientes eran incapaces de deambular".***

El seguimiento de los resultados funcionales supone evaluar la capacidad ambulatoria y dolor que registran los pacientes tras haber sido intervenidos.

En cuanto a la habilidad para caminar, la artroplastía de cadera por fractura en personas mayores de 75 años es un evento mayor, que genera grandes problemas de reinserción social, morbilidad y mortalidad.

La primera sorpresa que nos llevamos cuando hicimos el seguimiento de esta técnica fue que a los seis meses 17% de los pacientes habían fallecido. Parece impactante, pero en la literatura internacional la mortalidad al año está entre 20% y 25%.

En cuanto a la capacidad de deambular, antes de la fractura 63,7% de los pacientes deambulaban solos fuera del domicilio sin requerimiento de ayuda. A 90 días de realizada la intervención habían logrado volver a caminar solos fuera de la casa 29,7% y 9.3% de los pacientes no habían vuelto a caminar. A pesar de la cirugía y a los tres meses de haberla hecho casi 10% de los pacientes eran incapaces de deambular.

Los indicadores son muy similares cuando se observa la ayuda para caminar. Antes de fracturarse 66,5% deambulaban sin ningún tipo de ayuda, no requerían ni bastón ni otros elementos. Cuando los evaluamos a 90 días de la cirugía, apenas 14,8% de los pacientes había recuperado la capacidad de deambular por sí mismos, mientras que la mitad de los pacientes (49,5%) requerían de al menos una ayuda para caminar.

Artroplastia de cadera. Resultados funcionales (Índice Lawton)			
	Dependencia total	Dependencia severa, moderada o escasa	Autonomía total
Antes de la intervención	6,7%	41,8%	51,4
A 90 días de la intervención	15,7%	62%	22,3

Cuadro N° 7. Artroplastia de cadera. Resultados funcionales (Índice Lawton). FNR, 2002.

El índice Lawton permite evaluar el desempeño de actividades instrumentales de la vida diaria y es una herramienta para el seguimiento de las capacidades funcionales. Este indicador mide la dependencia de los individuos respecto a las cosas que puede hacer por sus medios o si requiere de algún soporte para poder realizarlas. Se elabora en base a una serie de preguntas que permiten determinar el índice.

Un estudio que realizado en 2002, mostró que antes de la fractura de cadera 51,4% de los pacientes tenía autonomía total. Noventa días después de la cirugía sólo 22,3% de los pacientes tenía autonomía total. Casi 30% había perdido esa capacidad. Antes de la cirugía 6,7% de los pacientes eran dependientes totales, o sea que no tenían capacidad de realizar actividades sin apoyo del ambiente que lo rodeara. A los tres meses de la intervención 15,7% estaba en esta situación. (Ver Cuadro N° 7). Esto también se encuentra en la literatura internacional. La fractura de cadera es un evento casi desastroso en el devenir de una persona. Hay que hacer mucho más esfuerzo en prevenir.

“La segunda opinión y los ateneos como seguridad para el paciente”. Dr. José Luis Rodríguez Bossi, coordinador de grupo de interconsulta médica del FNR

LA DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE ACTOS QUE FINANCIÓ EL FNR OBEDECIÓ AL “AUTOCONTROL” DE LOS MÉDICOS Y NO A POLÍTICAS DE RESTRICCIÓN

La puesta en marcha de herramientas destinadas a elevar la calidad en la gestión del Fondo Nacional de Recursos (FNR) motivó el autocontrol de los médicos a la hora de demandar la financiación de actos médicos y favoreció la disminución del número de actos y la cantidad de complicaciones asociadas a esas intervenciones.

La incorporación en la gestión del instituto de grupos de interconsulta, ateneos médicos y la utilización de esquemas de medición de uso habitual en Europa y Estados Unidos y conocidos en Uruguay, permitió comenzar a controlar el fenómeno de sobreutilización que se observaba en el FNR.

Para el coordinador de grupo de interconsulta médica del FNR, José Luis Rodríguez Bossi²⁷, la sobreutilización puede explicar el incremento del número de actos médicos financiados por el FNR que pasaron de 7.984 en 1990 a 19.772 en 1999.

“El grueso de la reducción del número de actos, que considerando todas las técnicas y procedimientos llegó a 25%, tiene su explicación en el autocontrol con que actuaron médicos solicitantes y de los IMAES al momento de definir la presentación de solicitudes. Estos datos ponen en evidencia un hecho muy importante: la restricción en el número de actos obedece a la disminución de solicitudes por parte de grupos médicos que trabajan en los IMAES y no a la aplicación salvaje de una política restrictiva”, sostuvo Rodríguez Bossi, al presentar su trabajo “La segunda opinión y los ateneos como seguridad para el paciente”.

Para Rodríguez Bossi “la relación entre la auditoría y el autocontrol es capaz de lograr resultados beneficiosos para los pacientes y para las instituciones de salud”.

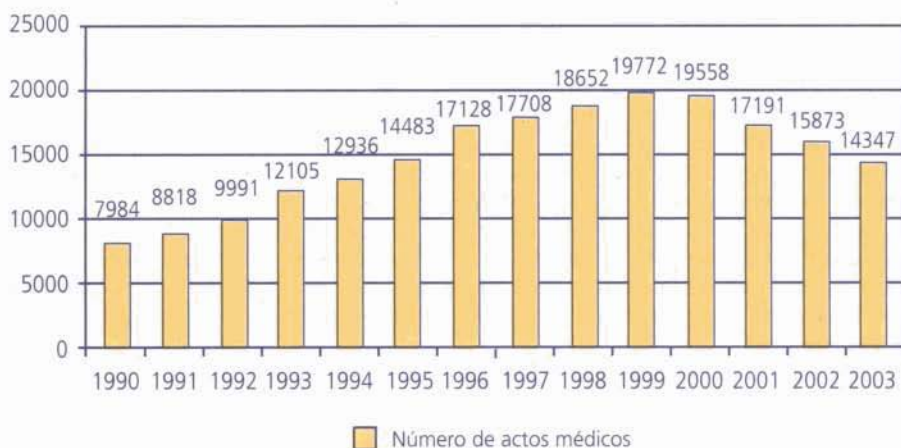
27 - El Dr. José Luis Rodríguez Bossi es médico intensivista, jefe de centro de terapia intensiva, coordinador de grupo de interconsulta médica del Fondo Nacional de Recursos (FNR) y miembro de la Comisión de Educación Médica Continua y Permanente del FNR. Presidió la Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva (SUMI), integró el Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay (SMU) y es evaluador y juez del Premio Nacional de Calidad.

Compartiremos con ustedes información acerca del programa de segunda opinión médica, una de las herramientas puestas en funcionamiento por el Fondo Nacional de Recursos (FNR) para asegurar una gestión basada en la calidad. Definiremos y contextualizaremos qué es la segunda opinión médica. En 1999 y 2000 la situación del FNR preocupaba no sólo por el riesgo de desfinanciación sino porque se entendía que la calidad de sus resultados también debía ser revisada.

El incremento del número de actos médicos de alta complejidad, que pasaron de 7.984 en 1990 a 19.772 en 1999 es un hecho difícil de explicar por razones epidemiológicas, aunque algunas razones de este tipo se pueden reconocer. Es difícil pensar que en esos diez años no se haya colmado la demanda acumulada previa a la existencia del FNR.

Para explicarnos por qué el número de actos venía aumentando en esa forma tan acelerada es necesario plantearse el problema de la sobreutilización como una clave para comprender el proceso.

Actos médicos FNR, 1990 - 2003.



Cuadro N° 1. Número de actos Médicos autorizados por el FNR (no incluye diálisis crónica), 1990-2003.

La sobreutilización de actos médicos de alta complejidad supone un castigo para el paciente y el sistema de salud a través del agregado de incertidumbre, variabilidad y del gasto.

La incertidumbre de los resultados de los actos médicos es un componente no siempre bien comprendido por los usuarios.

Variabilidad

- La variabilidad en la práctica clínica es uno de los fenómenos mejor documentados en los últimos años
- La utilización de procedimientos médicos puede variar entre países, entre regiones de un mismo país, entre hospitales y entre médicos
- Incluso un mismo médico, ante pacientes de características similares, puede tomar decisiones diferentes según su estado de ánimo o según lo que le haya ocurrido a su último paciente

Lázaro P, Fitch K., Martín Y.: "Artículo Especial: Estándares para el uso apropiado de la angioplastia coronaria transluminal percutánea y cirugía aortocoronaria" Unidad de Investigación de Servicios de Salud. Subdirección General de Epidemiología e Información Sanitaria. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

Hay suficientes registros de experiencias que han mostrado que los actos médicos tienen elevados niveles de incertidumbre y que muchas intervenciones diagnósticas y terapéuticas no determinan resultados sobre la salud individual y colectiva que supongan disminución del sufrimiento, mejoren la calidad de vida o prolonguen la vida de los pacientes.

También está documentado que el aumento de la cantidad de actos incrementa la cantidad de incertidumbre sobre esas situaciones.

Los estudios expuestos por el doctor Henry Albornoz (ver página 46) demostraron que en el tiempo en que se hizo la investigación, los centros de cirugía cardíaca presentaron resultados variables y que operarse en uno u otro supuso riesgos diferentes. Esta variabilidad castiga al sistema y a los pacientes.

El aumento de los costos también determinó respuestas por parte del FNR.

El cuidado en el aumento de los costos se fundamenta en que no parece aceptable que un país que dedica una buena parte de su Producto Bruto Interno a atender los gastos de salud, destine recursos a la sobreutilización y al despilfarro de actos médicos.

La racionalización del gasto fue un elemento que intervino a la hora de pensar en las decisiones que el FNR adoptó en los años 2000 y 2001.

Grupos de interconsulta

El 18 de marzo de 2001, el FNR realizó un llamado por la prensa para integrar los que luego se llamaron "grupos de interconsulta médica". Estos equipos se establecieron para emitir una segunda opinión para los médicos autorizadores del FNR, entidad que retiene su capacidad de autorizar el acto médico.

El llamado tuvo una respuesta contundente: se presentaron diecisiete equipos de médicos.

Fueron seleccionados cuatro grupos que se integraron con médicos internistas, intensivistas, cardiólogos, pediatras y médicos de familia.

Se realizaron actividades de formación en las que se entrenó a los integrantes de los grupos seleccionados en el uso de protocolos de indicaciones e inventarios de calidad de vida que tiene el FNR para cada una de las técnicas que financia. Para este trabajo se contó con la colaboración del Departamento de Psicología Médica de la Facultad de Medicina. En los grupos de interconsulta trabajan cuarenta y cinco médicos de extracción plural.

"El médico evaluador no prohíbe nada. Son las instancias autorizadoras del FNR las que retienen la potestad de aceptar o rechazar la opinión del médico evaluador."

En mayo de 2001 comenzó a realizarse la evaluación previa de actos de coordinación y luego se trabajó sobre las urgencias.

Cada evaluación la firma el colega que está en contacto con el paciente y el coordinador de su grupo. Eso ayuda a la calibración de la evaluación que realizan estos médicos.

Se usan formatos de evaluación que son procesados por los médicos autorizadores y que también pueden ser utilizados en las instancias de seguimiento que realiza el FNR.

Se informa a cada paciente sobre la naturaleza de la entrevista.

Hay un código de ética del evaluador que establece que el técnico debe emitir una opinión solamente para el FNR y que no debe existir ninguna relación entre los médicos evaluadores y los médicos tratantes o los pacientes.

Obviamente, existe independencia entre los médicos de los grupos de evaluación y los institutos de medicina altamente especializada que realizan los actos financiados por el FNR.

Se busca la privacidad y confidencialidad de esta evaluación.

Con el tiempo se agregaron nuevas tareas a los grupos de interconsulta como el diagnóstico de patologías para prevención secundaria, particularmente lo que tiene que ver con los programas de cesación de tabaquismo y de control de obesidad que el FNR tiene en curso.

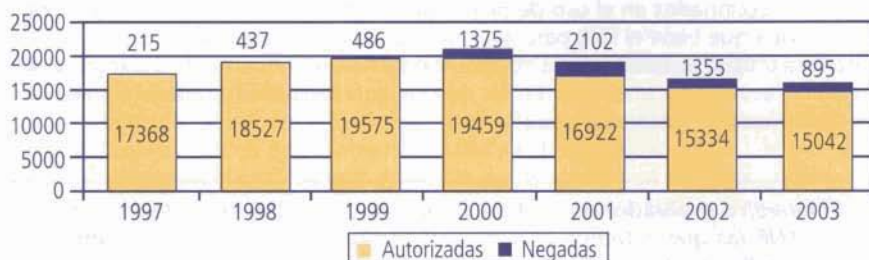
La clave para la evaluación radica en que las solicitudes se ajusten a las indicaciones.

Disponiendo de protocolos generalmente referidos a consensos nacionales o internacionales en los que se establecen las indicaciones de los actos, los médicos evaluadores observan si los requerimientos cumplen con las indicaciones de los actos.

En segundo lugar, se hace una valoración exhaustiva de comorbilidades, se investiga la calidad de vida mediante inventarios objetivos y se valora la capacidad de rehabilitación del paciente.

Al principio hubo incomprendiones porque los médicos que realizaban actos dentro de una determinada especialidad planteaban que la evaluación sólo era posible si la hacían médicos de esa misma especialidad.

Solicitudes de actos médicos FNR, 1997 - 2003.



Cuadro N° 2. Autorizaciones y denegaciones de actos médicos. FNR, 1997 - 2003.

El hecho de que médicos internistas discutieran la realización de un procedimiento a conocidos especialistas supuso cuestionamientos.

El tiempo permitió entender que el médico evaluador no prohíbe nada sino que hace una auditoría, brinda una segunda opinión y que son las instancias autorizadoras del FNR las que retienen la potestad de aceptar o rechazar el acto solicitado, más allá de la opinión del médico evaluador.

Período	Indicadas	%	No Indicadas	%	Post dudosos	%	No opinión	%	Total
Mayo - Diciembre 2001	3537	71,8	612	12,3	785	15,7	6	0,12	4976
Enero - Diciembre 2002	7732	72,5	1382	12,9	1535	14,3	15	0,14	10664
Enero - Diciembre 2003	7906	74,0	901	8,4	1786	16,7	85	0,80	10668
Total	19211	73,0	2895	11,0	4106	15,6	106	1,06	26318

Cuadro N° 3. Evaluaciones Mayo 2001- Diciembre 2003, FNR.

En el cuadro N° 3 se presentan datos sobre el porcentaje de indicaciones realizadas entre mayo de 2001 y diciembre de 2003 y se puede ver que el FNR no siempre acoge la evaluación. Se han dado casos de actos médicos que fueron evaluados positivamente, pero no fueron financiados porque la opinión de los médicos evaluadores no fue compartida por los colegas del FNR.



Cuadro N° 4. Evolución del número de litotricias solicitadas y negadas. FNR, 1997 - 2003.

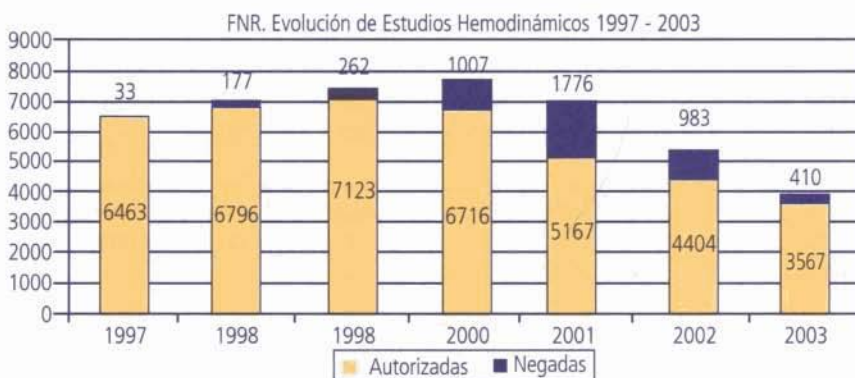
En 2001 hubo 12,3% de actos considerados como no indicados por la evaluación de los grupos de segunda opinión, cifra que en el año 2003 fue menor y se ubicó en 8,4%. El total de actos evaluados como no indicados en el período analizado fue 11% sobre los solicitados.

En el primer año el número de solicitudes registradas fue menor porque comprende datos del período mayo-diciembre.

En el cuadro N° 3 se observa que el grueso de la reducción del número de actos, que considerando todas las técnicas y procedimientos llegó a 25%, tiene su explicación en el autocontrol con que actuaron los médicos solicitantes y los de los IMAES al momento de definir la presentación de solicitudes.

Estos datos muestran que la restricción en el número de actos obedeció a la disminución de solicitudes por parte de grupos médicos que trabajan en los IMAES y no a la aplicación salvaje de una política restrictiva.

Esto fue muy evidente en los casos de la litotricia y los estudios hemodinámicos que bajaron a casi la mitad. En 1997 se autorizaron 2274 litotricias y se negaron 133 y en 2003 se autorizaron 1389 y se negaron 187. Los estudios hemodinámicos realizados en 1997 fueron 6.463 y se negaron 33. En 2003 se realizaron 3567 y se negaron 410. (Ver cuadros 4 y 5)



Cuadro N° 5. Evolución del número de estudios hemodinámicos autorizados y negados. FNR, 1997 - 2003.

Los grupos de evaluadores ahora encuentran las solicitudes más ajustadas a las indicaciones.

Los grupos de interconsulta evaluaron unos 25.000 actos. De esos 25.000 ha habido 2.895 actos que se recomendó no autorizar 2895. Se observó una disminución de cerca de 5.000 actos por año.

El principal motivo de reducción de los actos no fueron las autorizaciones inducidas por los grupos de interconsulta sino la autorregulación en las solicitudes, que sin duda ha sido motivada por la auditoría, pero que fue asumida por los propios médicos solicitantes.

El porcentaje de no autorizaciones a partir de evaluaciones negativas por parte del grupo de interconsulta, tiene como contrapartida una disminución muy importante del número de solicitudes.

Este concepto que recoge dos artículos de la literatura científica, hace referencia a que la evaluación y la auditoría están más vinculadas a los temas de calidad asistencial que a los temas de costo-efectividad.

Artículos relativamente recientes indican que el 20% de los procedimientos que los médicos indicamos no resultan beneficiosos para los pacientes.

El FNR trabajó sobre ese porcentaje de actos que se efectúan sin una ajustada intervención, fenómeno que no ocurre sólo Uruguay.

La sobreutilización de los servicios de salud y el gasto por encima de las indicaciones se observa en diversos países y es una realidad que está presente en toda la literatura.

Ateneos médicos

Junto con la puesta en funcionamiento de grupos de interconsulta, el FNR realizó una segunda intervención: los ateneos médicos.

A mediados de 2003, comenzó el trabajo de un ateneo que integran los coordinadores de los grupos de interconsulta, destinado a revisar indicaciones en pacientes valvulares y coronarios mayores de 80 años, grupo de especial riesgo quirúrgico, y de pacientes valvulares mayores de 70 años. El objetivo de esta acción era generar una instancia de contacto con los médicos tratantes, médicos de los IMAES y la interlocución con los pacientes y los familiares.

Buscando hacer comprensible la política de racionalización de indicaciones, el FNR hizo este trabajo de cara a los usuarios porque necesitaba una instancia en la que los pacientes y sus familias conocieran las razones por las que se había autorizado o negado un acto médico.

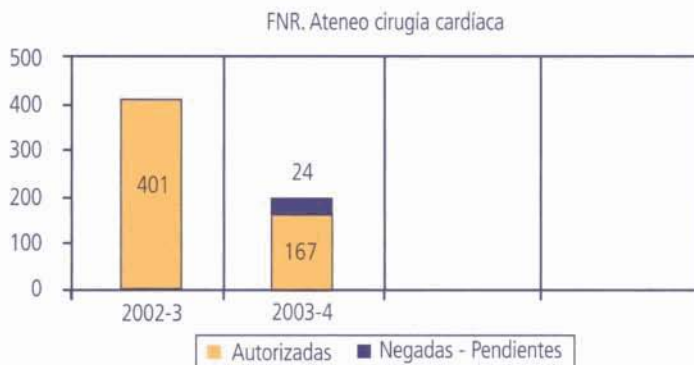
En el largo año que llevamos trabajando con esta herramienta en el FNR, hubo numerosas instancias en las que se incorporaron al funcionamiento del ateneo, colegas de los IMAES, médicos tratantes, familiares y aún pacientes.

Resolución	Cirugía Cardíaca	Hemodinamia	Total	%
Autorizado	167 (87,4%)	143 (68%)	310	77,3%
Negado	15 (7,8%)	55 (26,2%)	70	17,4%
Pendiente	9 (4,7%)	12 (5,2%)	21	5,2%
Total	191 (100%)	210 (100%)	401	1

Cuadro N° 6. Resoluciones del Ateneo Médico. FNR, marzo 2003 - marzo 2004.

Los ateneos tienen una integración multidisciplinaria. Son ateneos multidisciplinarios, constituidos por internistas, cardiólogos, intensivistas que fueron convocados por su representatividad, en tanto se trata de docentes con responsabilidades en la Facultad de Medicina (grados 5 y 4) o presidentes de sociedades científicas.

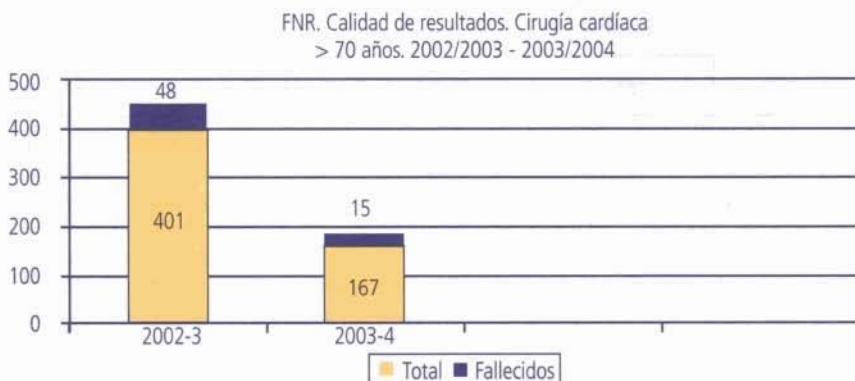
En el año anterior al comienzo de funcionamiento del ateneo de cardiocirugía, y funcionando ya el sistema de segunda opinión médica, se hicieron 401 cirugías a pacientes valvulares mayores de 70 años y valvulares y coronarios mayores de 80 años. A partir de la puesta en funcionamiento del ateneo, el total de cirugías disminuyó abruptamente a 191. De esas 191 cirugías, el ateneo autorizó 167 (87,4%), negó 15 (7,8%) y 9 (4,7%) quedaron pendientes para ser revisadas a los seis meses.



Cuadro N° 7. Resoluciones del ateneo de cirugía cardíaca en pacientes valvulares mayores de 70 años y en pacientes mayores de 80 años.
FNR, marzo 2003 - marzo 2004.

Este descenso se debió nada más que a la instalación del ateneo médico-quirúrgico.

El establecimiento de los grupos de interconsulta permitió observar que una vez puesto en funcionamiento un equipo de auditoría médica, se produjo un descenso de las solicitudes, lo que es autocontrolado por los propios médicos.



Cuadro N° 8. Calidad de los resultados en intervenciones de pacientes vasculares >70 años y cirugía cardíaca aplicadas a > 80 años. FNR, 2002-2003/2003-2004.

En este proceso, también favoreció una mejora en la calidad de los resultados. Mientras que la mortalidad del grupo de las 401 cirugías autorizadas en el año 2002-2003 fue 12%, entre las 191 realizadas en 2003 y 2004 bajó a 9%.

Ateneo de mortalidad

Estas acciones permitieron la obtención de mejores resultados en un indicador de calidad como es la mortalidad.

La mortalidad es uno de los indicadores de calidad asistencial que sigue el FNR y se trata de un indicador muy duro.

En marzo de 2004 comenzó a funcionar un ateneo de mortalidad, integrado por un grupo de colegas muy relevantes, para analizar los resultados de mortalidad.

Este grupo trabaja a partir del análisis de las historias y seguimiento de los pacientes y tiene por objetivo retroalimentar a los IMAE con insumos referidos a este relevante indicador de calidad.

“Scores” de riesgo quirúrgico

El comienzo del uso en forma sistemática de scores de riesgo en cirugía ha sido otra iniciativa puesta en práctica en el FNR para corregir las deficiencias observadas apelando a la calidad. Se está usando de manera rutinaria el Euroscorer, un score euro-

peo validado para los Estados Unidos y que algunos centros e IMAE de nuestro país están acostumbrados a utilizar. Hemos procurado el contacto fluido con estos interlocutores en el ámbito de los ateneos.

A modo de conclusiones

Los datos registrados permiten sostener que los grupos de interconsulta son una herramienta útil para la valoración de los pacientes y para contribuir al autocontrol de parte de los solicitantes de las técnicas.

Los grupos de interconsulta han demostrado que en nuestra realidad sanitaria la auditoria médica es posible y resulta valiosa en la disminución de la incertidumbre, variabilidad y contención del gasto.

También proporcionaron un soporte para el desarrollo de los programas de prevención secundaria del FNR.

Los grupos de interconsulta reclutan pacientes que se integran a los programas de obesidad y cesación del tabaquismo del FNR con el objetivo de actuar sobre estos elementos que resultan determinantes para la disminución de la morbilidad entre los pacientes del FNR.

Los ateneos han mostrado la utilidad de generar estructuras abiertas para la consideración de los actos médicos y la posibilidad de usar *scores* de riesgo de manera regular. Son herramientas efectivas para medir la calidad asistencial y la promoción de prácticas seguras.

Como resultado de estas intervenciones generadas por el FNR hay menos actos y menos complicaciones.

El FNR puso en marcha hace tres años, una experiencia que nos parece inédita en el país, un sistema de auditoria médica que se puede proyectar a un sistema de salud que valore la calidad asistencial.

La experiencia demuestra que la relación entre la auditoria y el autocontrol es capaz de lograr resultados beneficiosos para los pacientes y para las instituciones de salud.

“La reingeniería de gestión en un IMAE: el CENAQUE”.

Dr. Jorge Pomi, Presidente del Centro Nacional de Quemados (CENAQUE).

“LA EXCELENCIA EN LOS RESULTADOS MÉDICOS NO ESTÁ REÑIDA CON UNA BUENA ADMINISTRACIÓN”

En los diez años de existencia del Centro Nacional de Quemados (CENAQUE), instituto público de medicina altamente especializada a cargo del Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, la mortalidad de pacientes quemados se redujo de 47% a 16%.

En 2000, la situación del CENAQUE obligó a sus autoridades a diseñar un cronograma de cierre.

Este instituto, que cuenta con financiamiento del Fondo Nacional de Recursos (FNR), aplicó un plan que le permitió estabilizar su situación económica-financiera.

La actual dirección del centro incorporó la realización de auditorías técnicas y administrativas en forma permanente. Al presentar “La reingeniería de gestión de un instituto de medicina altamente especializada”, el director de esta unidad, doctor Jorge Pomi²⁸, dijo sentirse tranquilo con que haya “otros ojos” observando la gestión.

“Entendemos por buena administración la implementación de racionalidad en el gasto, justeza en los procedimientos administrativos y, sobre todo, en los asistenciales que se hacen en el centro. Tenemos que aceptar que debemos adecuarnos y adaptarnos a lo que la comunidad permite hoy que se le brinde como asistencia al paciente quemado y que con esos medios debemos alcanzar la excelencia”, dijo Pomi.

Presentaremos los diez primeros años de funcionamiento del Centro Nacional de Quemados (CENAQUE) y nuestra experiencia en la dirección de este centro en los últimos tres años.

El CENAQUE es un instituto de medicina altamente especializada (IMAE) público creado mediante un acuerdo entre el Estado, representado por el Ministerio de Salud Pública (MSP), y la Universidad de la República, representada por la Facultad

28 - El Dr. **Jorge Pomi**, es médico cirujano, especializado en cirugía de tórax. Preside el Centro Nacional de Quemados (CENAQUE) desde diciembre de 2000. Fue director del Hospital Maciel del Ministerio de Salud Pública (MSP) y director técnico del Hospital Policial (Ministerio del Interior). Es profesor agregado en la cátedra de Cirugía de la Facultad de Medicina y es consultante en su especialidad en diversas instituciones públicas y privadas.

de Medicina. Estas instituciones tienen fines distintos pero complementarios. Está ubicado en los pisos 12 y 13 del Hospital de Clínicas (centro médico de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República).

El CENAQUE es una unidad de cuidados intensivos e intermedios que dispone de 14 camas para la asistencia especializada de pacientes quemados que administrativamente y para su facturación, los denomina críticos y de riesgo. La cantidad de personal varía de acuerdo a las necesidades asistenciales.

Atiende pacientes mayores de catorce años. Los menores de catorce años son atendidos en una unidad especializada que funciona en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR).

El CENAQUE comenzó sus actividades recibiendo pacientes según las pautas de admisión de la Asociación Americana de Quemados (American Burn Association). Estos criterios se modificaron temporalmente y ahora se rige por las reglas de la ABA con alguna modificación.

PAUTAS DE ADMISION CENAQUE. 2004

- Quemaduras intermedias mayores del 20% de superficie quemada
- Quemaduras profundas mayores del 5% de superficie quemada
- Escalpes mayores del 20% de superficie
- Quemaduras profundas de cara, manos, periné, genitales y pliegues
- Quemaduras eléctricas
- Quemaduras de vía aérea
- Quemaduras de menor extensión que las nombradas pero que se asocian a una enfermedad crónica descompensada
- Enfermedades con autorización especial de la Comisión Técnica Asesora del FNR (necrosis tóxica epidérmica, pénfigo, síndrome de Steven-Johnson)

El centro recibe pacientes con quemaduras intermedias en un área mayor a 20% de la superficie corporal y por la profundidad, aquellos que presentan quemaduras de segundo grado en adelante. Según la topografía de las áreas quemadas, el CENAQUE asiste a pacientes quemados en cara, pliegues de flexión, genitales o vía aérea.

En función del tipo de quemadura, el centro atiende a quienes tienen quemaduras producidas por calor, agentes químicos, como ocurrió recientemente en el Puerto de Montevideo con los pescadores de un barco coreano, en un evento que para nuestro medio fue "mega accidente"²⁹, y recibe pacientes afectados por

29 - En la madrugada del lunes 10 de mayo de 2004 se produjo una explosión en un tanque de amoníaco de un barco pesquero coreano que estaba atracado en el Puerto de Montevideo. Tras el accidente fueron atendidas 73 personas y 31 extranjeros fueron internados en centros de tratamiento intensivo".

(Fuente: diario "El País").

quemaduras eléctricas que requieren de una asistencia especializada reconocida en todo el mundo.

Como en otras partes del mundo, también pueden ingresar pacientes con algunas dermatopatías graves que no tienen nada que ver con el paciente quemado pero que terminan en una situación similar y cuya asistencia cuenta con la financiación del FNR.

¿Cuál era la situación anterior a la creación del CENAQUE en 1994?

Los pacientes quemados se internaban en salas de cirugía general. A partir de 1971, con la creación de las unidades de cuidados intensivos, ingresan a los centros de tratamiento intensivos (CTI) polivalentes. Hay datos que demuestran fehacientemente que en esa etapa, se registraba una mortalidad global de 47%. Pero la mortalidad de pacientes comprometidos en su vía aérea por la propia lesión llegaba a 98%. El compromiso de la vía aérea en los pacientes quemados define los dos grandes grupos que recibe el CENAQUE y presentan una diferencia en el índice de mortalidad que justifica que se los considere en forma separada.

¿Por qué se crea el CENAQUE?

En primer lugar, se estableció para modificar estas altas tasas negativas (de mortalidad) que en aquel momento no coincidían con las del resto de mundo, para mejorar la relación costo-beneficio, para tratar de rescatar vidas y años de vida en pacientes que están en edad activa y para mejorar los pronósticos que se hacen a esos pacientes no sólo en lo referido a su enfermedad, sino también en lo que tiene que ver con su desarrollo personal, familiar y en su desempeño social y laboral. Estos aspectos tienen una importante repercusión en este tipo de pacientes.

¿Qué pasó desde la creación del Centro hasta hoy?

Pacientes ingresados al CENAQUE 1994 - 2004			
Total		1042	100%
Hombres		629	60,37%
Mujeres		413	39,63%
Edad	14-19	75	7,2%
	20-39	399	38,3%
	40-59	294	28,2%
	Más de 60	272	26,1%
	No consta	2	0,2%

Cuadro N° 1. Pacientes ingresados según edad y sexo. CENAQUE, 1994 -2004.

Desde 1994 ingresaron al CENAQUE 1.042 pacientes; un promedio de 104 pacientes al año. Con una ligera predominancia de hombres. De la población que asiste el CENAQUE, 66,5% tiene entre 20 y 59 años. Hay casos de pacientes en los que no consta la edad, porque se trata de personas indigentes que ingresan al centro, prácticamente muertos y están indocumentados. De ellos tenemos una edad probable pero no documentada.

Pacientes ingresados al CENAQUE, 1994 - 2004		
Compromiso de vía aérea	475	45,6%
Sin compromiso de vía aérea	567	54,4%

Cuadro N° 2. Pacientes ingresados según compromiso de vía aérea. CENAQUE, 1994 -2004.

De ese grupo de 1.042 pacientes, 567 fueron sin compromiso de la vía aérea, y el resto con compromiso.

La incidencia en el CENAQUE de pacientes con compromiso de la vía aérea es alta, fenómeno que no coincide con lo que sucede en el resto de las unidades de cuidados de quemados en el resto del mundo. Este dato objetivo podrá favorecer una futura discusión acerca de por qué sucede esto.

El CENAQUE se adecua perfectamente a la definición instituto de medicina altamente especializada³⁰ y ha mantenido esa condición a través de estos primeros años de existencia: tiene una gran concentración de recursos humanos y materiales para asistir a un escaso número de pacientes. Tenemos 14 camas.

¿Cuál fue el promedio de estadía de estos pacientes en el área de tratamiento?

Aproximadamente 70% de los pacientes que recibe el centro provienen del sector público; el resto de las instituciones de medicina colectiva y hay un pequeño grupo de pacientes que no están contemplados en la cobertura financiada por el FNR, como los quemados en accidentes de trabajo y algún pequeño grupo de trabajadores que están amparados por seguros internacionales, como fue el caso del reciente accidente en el Puerto de Montevideo.

30 - El Artículo 5° del Decreto 358/993 señala que se entiende por "Medicina Altamente Especializada" -de acuerdo al dictamen emitido por la Facultad de Medicina de la Universidad de la República- la que "requiere una gran concentración de recursos humanos y materiales para un escaso número de pacientes en los que están en juego el pronóstico vital o funcional, articulados de forma tal que permitan obtener la excelencia asistencial".

Procedencia de pacientes a unidades de tratamiento de quemados. CENAQUE			
CENAQUE	CENAQUE	Pereira Rossell	Asociación Española
Hospital de Clínicas	75	-	-
Pasteur	1	-	-
Pereira Rossell	1	30	-
Resto MSP	-	-	1
A.Española	-	-	4
Evangélico	1	-	-
CASMU	7	1	-
C.Católico	1	-	-
CUDAM	3	-	-
IMPASA	1	-	-
MUCAM	2	-	2
OCA	1	-	-
SMI	3	-	-
COMUE	1	-	-
COMECA	1	-	-
CAMEDUR	1	-	-
COMEF	1	-	-
CAMDEL	2	-	-
CAM Salto	1	-	-
COMI Minas	1	-	-
Notarial	1	-	-
NO FNR	12	-	-

Cuadro N° 3. Procedencia de pacientes a unidades de tratamiento de quemados (CENAQUE, CHPR, Asociación Española), 2001.

Una norma que estableció J.R. Safle, dice que el porcentaje de superficie quemada es el promedio de estadía en el área especializada de tratamiento. Ese promedio se extiende cuantos más años tiene el paciente, porque a la tara propia de las quemaduras, se le suman las propias de la edad, fundamentalmente cardíacas, respiratorias y metabólicas.

Año	Nº de pacientes	PDE
1995	72	26
1996	129	20
1997	92	20
1998	106	21
1999	111	21
2000	133	30
2001	117	24
Promedio	129	23

Cuadro N° 4. Días promedio de estadía. CENAQUE. 1995-2001.

En el cuadro N° 4 se ve el promedio de estadía registrado entre 1995 y 2001 y en el siguiente se puede observar cómo se alarga el promedio de estadía a medida que avanza la edad del paciente quemado.



Cuadro N° 5. Promedio de estadía según tramo etario, CENAQUE.

El rango de estadía en el CENAQUE se ubica entre 20 y 30 días, dato comprensible si se conoce que una pauta de ingreso al área es que los pacientes estén afectados en un mínimo de 20% de su superficie corporal. Estamos en promedios de estadía en el área especializada comparables a lo internacionalmente aceptado.

Después de su estancia en el área, ¿quiénes han sobrevivido?

De 567 pacientes que ingresaron sin tener comprometida su vía aérea fallecieron 95, registrando una tasa de mortalidad de 16%. Entre los pacientes que ingresaron con quemaduras que comprometían su vía aérea, se registró una alta tasa de mortalidad. En el decenio 1994 – 2004 fallecieron 159 de los 475 pacientes ingresados con compromiso de vía aérea, lo que determinó una tasa de mortalidad para este grupo de 35,8%.

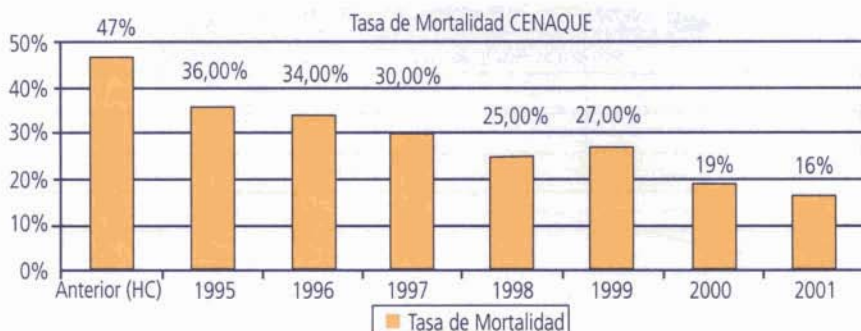
Mortalidad. Pacientes ingresados al CENAQUE. 1994 -2004			
Grupo de pacientes	Total De Ingresados	Fallecidos	Mortalidad
Con compromiso de vía aérea	567	95	16%
Sin compromiso de vía aérea	475	159	35,8%
Total	1024	254	24,5%

Cuadro N° 6. Mortalidad total y según compromiso de vía aérea. CENAQUE, 1994 -2004.

La mortalidad global para los 1.042 pacientes fue 24.5%. Falleció casi uno de cada cuatro pacientes que ingresaron al centro.

Cifras registradas antes de la creación del CENAQUE indican que la mortalidad de pacientes quemados en el Hospital de Clínicas era 47%.

La tasa disminuyó al entorno de 16%, cifra que se mantiene hasta el momento actual.



Cuadro N° 7. Mortalidad de pacientes quemados. CENAQUE, 1994-2001.

En la actual tasa global de mortalidad de 24.5% pesan las primeras altas mortalidades que obedecieron a la inevitable curva de aprendizaje que hicieron los técnicos que se dedicaron a la asistencia de estos pacientes.

Edad	N° de pacientes	Edad media del grupo etario	Personas fallecidas CENAQUE 1994-2004 (Tasa de mortalidad 24,5%)	Proyección del N° de personas que pudo haber fallecido según tasa de mortalidad previa a la creación del CENAQUE (47%)	Vivos +	Años+
14 - 19	75	17	18	35	17	901
20 - 39	399	30	98	187	89	3560
40 - 59	294	50	72	138	66	1320
60 - 80	272	70	66	128	62	
Total	1040		254	488	234	5781

Cuadro N° 8. Mortalidad evitada estimada y años de vida. CENAQUE, 1994 -2004.

Con el tiempo, el peso que tienen las altas tasas de mortalidad iniciales en la tasa global irá disminuyendo.

Si se comparan las tasas de mortalidad previas al establecimiento del CENAQUE con las que se registran actualmente se puede estimar que, teóricamente, el centro salvó la vida de 234 personas y aseguró 5.781 años de vida para esa población.

De haberse mantenido la tasa de mortalidad de 47% previa a la instalación del CENAQUE, en estos diez años habrían fallecido 488 personas. Entre 1994 y 2004, fallecieron 254 personas. (Ver Cuadro N° 8)

Con estas tasas, comparables con las de centros de referencia internacional que registran mortalidades del 15 o 16%, el CENAQUE cumple con la segunda parte de la definición de lo que son pacientes para medicina altamente especializada. Son aquellos pacientes en los que está en juego el pronóstico vital o funcional (y vaya si lo están con estos números que hemos mostrado).

¿Qué situación había en diciembre del año 2000?

Una situación crítica. A los dos meses de estar al frente de esta institución, la Comisión Directiva elevó un cronograma de cierre a la Facultad de Medicina y el MSP que son nuestras autoridades naturales y al FNR que es el ente financiador.

La razón principal era una deuda U\$S 1.100.000 dólares generada con 103 proveedores. Siendo el promedio de cama ocupada mensual de entre siete y ocho al mes, se podía estimar que cada cama ocupada debía unos 180.000 dólares.

Razonablemente algunos proveedores habían suspendido las ventas al CENAQUE que no les pagaba y había catorce demandas judiciales en curso.

¿Cuáles fueron las medidas correctivas inmediatas que se instrumentaron con anterioridad a la actual administración?

- Se suspendió la asistencia a pacientes no quemados cuyo ingreso se había resuelto con la idea de ayudar a solventar los gastos del centro. Eso resultó un arma de doble filo: las facturas generadas por este concepto en los años 1998 y 1999 fueron cobradas en 2003.
- Se pasó a comprar a ocho días porque no había proveedores que vendieran a mayores plazos al CEANQUE y en moneda nacional.
- Se instrumentaron medidas de control del gasto. Todo lo que se compra pasa por un análisis minucioso y justificado. Aquellas medidas no fueron coyunturales, las utilizamos hasta hoy y caracterizan la gestión de esta Comisión Directiva.
- Se instrumentaron medidas correctivas complementarias. Las comisiones anteriores habían eliminado la compensación salarial que tenían los médicos. Hace unos meses se reestableció la compensación salarial de 45% a los médicos.
- Se comenzó a contratar el personal de enfermería en la modalidad de "fuelle". El personal no médico del CENAQUE es contratado por seis meses, mediante un acuerdo que es renovable automáticamente –cosa que sucede casi siempre– y tiene un horario "fuelle", entre 108 y 144 horas, que se adecua en todo momento al número de pacientes que hay internados en el Centro.
- Se introdujeron cambios en los procedimientos de desinfección, servicios de mantenimiento y lavadero. Destacamos los procedimientos de desinfección porque en diciembre de 2000 el mayor costo en insumos lo generaba el producto que se usaba para la higiene ambiental del instituto que superaba el gasto en antibióticos de mayor precio. Hoy es un insumo más. Se revisaron todos los servicios de mantenimiento y se pasó a contrato privado los servicios de el lavadero y costurero. La correcta asistencia de un paciente de la entidad de los que se atienden en el CENAQUE demanda una gran cantidad de ropa.

- Estabilizada la situación económico-financiera se comenzó la ardua tarea de negociación de la deuda con los 103 proveedores.

¿Cuál es la situación actual?

- La deuda está amortizada en un 99.8%. Quedaron pendientes demandas de tres deudores. Uno de los que tiene el juicio en trámite ya cobró todo lo que se le debía y los otros dos tienen los cheques archivados en las sedes judiciales correspondientes.
- No se hacen compras en dólares, excepto en re equipamiento.
- Se está comprando a 90 ó 120 días, excepto que el precio justifique la compra al contado. El restablecimiento de la credibilidad permitió volver a tener crédito.
- Se establecieron medidas permanentes como las auditorias técnicas, de las que somos adictos incondicionales. Nos audita el FNR desde el punto de vista asistencial y administrativo y nosotros nos sentimos tranquilos cuando otros ojos nos controlan.
- Se disminuyó progresivamente el número de funcionarios y la carga horaria de algunos sectores. Cabe preguntarse si esta medida no puso en riesgo la calidad de la asistencia. La respuesta es que no. La medida está justificada porque este centro se pensó para asistir a 200 pacientes en el año; y ustedes han visto que la realidad ha mostrado que no son más de 110 en un año. El margen de reserva ha permitido hacer esa disminución progresiva. En diciembre del año 2000 había 144 funcionarios en la plantilla permanente y en junio de 2004 hay 133.
- Se realiza una revisión permanente de los procedimientos. Los centros de alta tecnología como el CEANQUE no funcionan bien por lo que a los responsables o a quienes asisten a los pacientes se le ocurre en cada momento. Todos los procedimientos están pautados. Las pautas de laboratorio y de bacteriología tenían un alto costo y hoy estamos en costos razonables; en éstos como en muchos otros.
- El Centro es un instituto docente, universitario y del Ministerio de Salud Pública y tiene conciencia de la necesidad de trabajar en prevención, lo que se entiende como una obligación social inherente al propio Centro.
- Se estabilizó la situación en materia de inversión. Últimamente, habiendo alcanzado cierta estabilidad, hemos emprendido el re equipamiento de aparatos de alto costo, como los de anestesia y ventiladores. Estos re equipamientos se han hecho con asesoramiento técnico de cirujanos plásticos, cirujanos intensivistas y anestesiólogos, que son las tres especialidades médicas básicas que concurren a la asistencia de estos pacientes.
- Se invierte entre 3 y 4% del presupuesto total del centro en mantenimiento. Unidades altamente tecnificadas como el CENAUQUE deben estar prolijamente mantenidas. Si algo falla, cuando se lo está necesitando entonces, lo que falla, es la asistencia. Se trabaja todas las semanas con los técnicos especializados y en tiempo dedicado es mucho más de 3% del presupuesto lo que se hace.

¿Qué conclusiones podemos sacar?

El Centro se convirtió en un centro de referencia nacional. Quien requiere una opinión calificada respecto a la asistencia a los quemados adultos debe, inexcusablemente, referirse al CENAQUE.

Es una unidad de alto interés asistencial y docente. Lo están demostrando los resultados asistenciales como la notoria disminución de la mortalidad. Los técnicos, médicos y no médicos, que pasan por este centro adquieren una alta especialización y son reconocidos como personal altamente calificado.

El CENAQUE presenta una situación económico financiera saneada y estable, "establemente saneada" se podría decir. En buena medida, esta situación fue fruto del mutuo entendimiento que tuvimos con las autoridades del FNR en estos últimos tres años y medio.

El modelo o marco administrativo que regula al CENAQUE nos saca del medio el árido camino de la burocracia pública. Esta modalidad permite el funcionamiento de la Comisión Directiva que es el organismo que en última instancia toma las decisiones.

Quienes hacemos asistencia, no debemos olvidar que detrás de todos los números y consideraciones teóricas o técnicas están los pacientes. Tampoco debemos olvidar que la excelencia de los resultados no está reñida con una buena administración.

Entendemos por buena administración la implementación de racionalidad en el gasto, justeza en los procedimientos administrativos y, sobre todo, asistenciales que se hacen en el Centro.

Tenemos que aceptar que debemos adecuarnos y adaptarnos a lo que la comunidad permite hoy que se le brinde como asistencia al paciente quemado y que con esos medios debemos alcanzar la excelencia.

Tal vez vendrán tiempos mejores pero esta realidad es la que vivimos hoy y tenemos que aceptarla. Tenemos que pelear todos los días para mantener estos niveles de excelencia asistencial.

“La creación de una imagen, la opinión pública y la comunicación”. Licenciada Selva Andreoli, Consultora en comunicación del FNR.

“LA GENTE ENTENDIÓ QUE EL FNR ESTÁ DE SU LADO. SE SINTIÓ PROTEGIDA Y CONFIADA”

La política de comunicaciones que impulsa el Fondo Nacional de Recursos (FNR) desde 2000, fortaleció su imagen, le dio mayor visibilidad pública a la institución y le aseguró vínculos permanentes con la ciudadanía, usuarios, médicos y la prensa.

Entre 2000 y 2003, el porcentaje de personas que escuchó hablar del FNR pasó de 37% a 52% y se redujo de 43% a 30% el número de personas que no escucharon hablar de la institución.

Esta política de comunicaciones apostó a fortalecer las capacidades del instituto para superar situaciones críticas, puso en debate la cuestión de los derechos de los pacientes y abrió a un público mayor la discusión de temas cuyo tratamiento se limitaba al ámbito de la salud.

“La gente entendió o asumió que el FNR estaba de su lado, cuidaba la calidad de la atención de los actos médicos, y que sólo la intervención del FNR sobre algunos casos de pública notoriedad permitió que algunos hechos se conocieran. En lugar de generar desconfianza en el sistema, la gente sintió que estaba protegida y se sintió confiada”, dijo la consultora en comunicación del FNR, Licenciada Selva Andreoli³¹, que expuso acerca de “La creación de una imagen, la opinión pública y la comunicación”.

La sociedad de la información y del conocimiento no es una teoría ni una abstracción. Caracteriza el tiempo que vivimos y para actuar y desarrollarse en ella se requiere del apoyo práctico de estrategias, que habitualmente utilizan gobiernos, instituciones y empresas.

La salud es un área de actividad que en los últimos años ha padecido cambios muy grandes y es un sector muy sensible para la opinión pública. Esa alta sensibilidad exige la máxima responsabilidad y rigor en la comunicación.

31 - La Lic. **Selva Andreoli**, es Directora General del Grupo Publicitario Perfil y consultora de comunicación del Fondo Nacional de Recursos (FNR). Ha dirigido y codirigido diversas campañas publicitarias de bien público, vacunación antigripal y de prevención. Trabajó en su especialidad para el Centro de Asistencia del SMU (CASMU), Sindicato Médico del Uruguay (SMU), clínicas particulares y emergencias móviles.

Con estas ideas como marco de referencia, comenzamos a trabajar en 2000, sobre el tema de la comunicación.

Una institución que decide sobre un tema de tanta importancia como la salud de la gente y maneja dineros públicos, no puede carecer de una política de comunicación, debe diseñar su imagen institucional y debe ser transparente en sus acciones. Desde el principio se planteó como objetivo integrar de manera planificada los aspectos referidos a la compleja relación entre mensaje, contenido y forma a los cambios previstos en el plan de trabajo del FNR y que han supuesto un quiebre a partir de 1999. Ese es el desafío que aceptó el FNR.

“Todo comunica”

Vamos a definir brevemente algunos conceptos básicos para identificar algunos términos técnicos con los que se desarrolló el trabajo de comunicación.

Trabajamos con la idea de que **todo comunica**, comunica lo que se hace y lo que no se hace, lo que se dice y lo que no. El FNR comunicó tanto cuando habló como cuando decidió hacer silencio sobre determinados temas.

La gestión de la comunicación debe ser permanente, precisa y planificada.

La imagen institucional o empresarial se construye en un proceso de acciones voluntarias o involuntarias y que a veces no son percibidas por el público. Esa imagen va a provocar diferentes efectos y será apreciada de diferentes maneras por públicos diversos. De ahí que insistimos en que la gestión debe ser permanente, precisa y planificada.

El tema de la imagen, que es bastante intangible, se lo puede asimilar a lo que cada uno de nosotros proyecta de su personalidad sobre el entorno en el que vive. Es poco estable y se va creando en un proceso de acumulación, de *inputs* y de acciones, que a veces no son percibidas por todos, que van conformando lo que llamamos personalidad pública.

Se trabajó en el diseño de la personalidad pública del FNR teniendo en cuenta que la construcción de una imagen positiva es fruto de una estrategia, de que hay variadas herramientas para lograr ese objetivo y con la convicción de que una imagen positiva es la mejor defensa en momentos de crisis.

- **La imagen positiva es el resultado de una estrategia.**

Sin duda, es el resultado de una gestión, pero quien piense que una imagen se construye de manera antojadiza e improvisada, se está perdiendo un valioso instrumento de comunicación social, como es la planificación estratégica.

- **Las herramientas para efectuar este camino de construcción de la imagen son muchas.**

La publicidad es una de las herramientas pero no es la única. En el FNR hemos utilizado muchas herramientas y de forma variada.

- **Una imagen positiva es la mejor defensa en un momento de crisis.**

Contar con una imagen institucional sólida no es una vacuna pero ayuda a enfrentar momentos de crisis como los que debió sortear el FNR durante la actual gestión.

A veces no alcanza con hacer las cosas bien, sino que hay que saber comunicarlas. La sociedad, que se informa, es el mejor juez para evaluar lo que hacemos y el mejor aliado a la hora de tener que confrontar con quienes se resisten a los cambios.

El FNR a comienzos de 2000

El análisis de situación del estado del FNR cuando comenzamos a trabajar a principios de 2000, lo reflejan los resultados de una encuesta hecha en setiembre de ese año por la consultora Interconsult.

Interrogados acerca de si habían oído hablar del FNR, 43% de los encuestados dijo no haber oído, 37% dijo sí haber oído y 20% dijo haber oído "algo".

Cuando se preguntó a los encuestados qué cobertura tenían para intervenciones o tratamientos de alta especialización, 56% dijo que se lo aseguraba su mutualista, 23% el hospital, 10% que no tenía ninguna y sólo 4% indicó que se la daba el FNR. (Ver Cuadro Nº 1).

Los porcentajes de quienes sí habían oído hablar del FNR y quienes habían oído algo, sumaban 57% de los encuestados. Considerando esos números, se podría pensar que había una imagen del FNR, pero el análisis de otras respuestas demostró que no era así.

Ante la pregunta acerca de qué cobertura tenían para las intervenciones o tratamientos de medicina altamente especializada, sólo 4% de los encuestados le adjudicó al FNR la referencia a la medicina altamente especializada. La inmensa mayoría de las personas creían que eran las mutualistas o los hospitales los que se hacían cargo de esa cobertura. (Ver Cuadro Nº 1)

Este desconocimiento se mantuvo cuando se consultó acerca de cómo pensaban que se financiaban los actos de medicina altamente especializada.

Otra vez, sólo 4% de los encuestados consideró que era el FNR el que pagaba los actos médicos. El resto no tenía conocimiento ni información sobre ese hecho inobjetable.

Las respuestas referidas al conocimiento de los encuestados sobre los cometidos del FNR fue aún más confirmatoria de la falta de personalidad pública que tenía el organismo en el 2000.

Dijo no haber oído hablar de los cometidos del FNR 42% de los encuestados y 28% dijo que no sabía.

Entre ellos, prácticamente el 80%, no sabía para qué servía el FNR.

El FNR no tenía siquiera un logotipo, una identidad de marca, como se le llama en publicidad.

Y no tener identidad de marca es como trabajar sin nombre y apellido. Sin identidad de marca, no se sabe qué se hace ni se puede valorar cómo se hace.

La imagen es el efecto público de un discurso de identidad. A veinte años de constituido -estamos hablando de su fundación en el 2000- el FNR no tenía un discurso de identidad. Y si lo tenía, estaba disfrazado con los ropajes de otros. La cuota que mensualmente se paga al FNR, aparece en los recibos de las mutualistas como pago a institutos de medicina altamente especializada (IMAE).

¿Por qué esto representaba un problema a resolver?

● **Porque esta carencia de personalidad pública revela una gran debilidad institucional.**

Carecer de una identidad y de una estrategia de comunicación, implica una gran debilidad institucional, lo que no favorece el desarrollo de estrategias de cambios como la que emprendió el FNR. Los cambios pueden suponer confrontaciones, sobre todo con actores afectados que generarán reacciones en contra, otros estarán a favor y otros serán neutros.

● **Porque la confianza es una percepción que se construye.**

La salud es un tema de alta sensibilidad para la población y por ello hemos tratado de construir la percepción de que el FNR es una institución confiable. Lo hicimos a través de acciones orientadas a corregir las carencias de identidad que tenía, la cultura institucional y su política de comunicación.

Se definió un plan estratégico en estas áreas para dotar al FNR de una identidad y de una imagen, que le permitiera afrontar los desafíos que había comenzado a emprender y se realizaron las siguientes acciones:

Sobre la identidad visual. La identidad visual prácticamente es el *pattern* gráfico, el logotipo que identifica a cualquier marca. Cómo "todo comunica", confluye en la construcción de la identidad o imagen institucional. Una estrategia de comunicación debe tener en cuenta desde la gráfica hasta la indumentaria del personal, sobre la cual también se trabajó, la arquitectura, el ambiente interior, las relaciones humanas y los estilos de atención. Sobre todos estos aspectos se actuó procurando aportar a esa imagen institucional.

¿Oyó hablar del FNR?	
No oyó	43%
Si oyó	37%
Algo	20%
¿Qué cobertura tiene para intervenciones o tratamientos de alta especialización?	
Sin dato	5%
Ninguna	10%
FNR	4%
Mutualista	56%
IMAE	1%
Hospital	23%
Otra	1%
¿Quién paga los tratamientos caros y costosos?	
Sin dato	12%
El estado	26%
Mutualista	45%
FNR	4%
El mismo	9%
Otra	3%
¿Sabe cuáles son los cometidos del FNR?	
No oyó hablar	42%
No oyó sabe	28%
Todas las técnicas	19%
No sabe no contesta	1%

Cuadro N° 1. Encuesta para el FNR. Interconsult, setiembre de 2000.

Sobre la cultura institucional.

En términos de comunicación, la cultura institucional es definida como la ideología con la que una institución trabaja.

El concepto de que todo proyecta imagen, obliga a atender áreas que tienen que ver con la atención telefónica, la vestimenta y el local, aspectos sobre los cuales también se trabajó.

Se establecieron líneas abiertas a la población.

La estrategia de difusión y promoción comenzó respondiendo preguntas básicas de la gente acerca de qué era, cómo funcionaba y para qué estaba el FNR.

Para eso se desarrollaron dos acciones de comunicación masiva, por las que se llegó a cientos de miles de potenciales usuarios. Enviamos 650.000 folletos a través de las facturas de ANTEL, luego de alcanzar un acuerdo con el ente que nos cedió el encarte en forma gratuita. Algunas de las llamadas recepcionadas luego que la población recibió el encarte en las facturas de ANTEL, resultaron sorprendentes.

Se editó un suplemento con motivo de los veinte años del FNR que se distribuyó con el diario "El País".

Una de las líneas abiertas a la población que resultó de máxima utilidad en el vínculo los usuarios fue la línea telefónica gratuita 0800 1980.

La analizaremos desde su perspectiva de herramienta de control y también en tanto acción de comunicación.

El 0800 1980, del que se hizo una amplia difusión a través de afiches, prensa y diferentes medios, tuvo la ventaja de ser un oído abierto al consumidor.

En este caso el consumidor es el usuario, la población en su conjunto, pero sobre todo el usuario del FNR.

Un oído abierto que permitió que la gente se comunicara desde cualquier punto del país en forma gratuita. No fue por casualidad que el FNR decidió que fuera un médico y no un funcionario el interlocutor de esa comunicación.

Esta línea telefónica cumplió con varias funciones. Canalizó denuncias, incorporó elementos de juicio que incluso en algunos casos ayudaron a definir el cierre de algunas clínicas.

También ofició como censo por la positiva. Muchos de los mensajes recibidos estuvieron cargados de afectividad y reconocimiento a la función del FNR y a lo que se estaba haciendo.

La gente es generosa cuando es bien tratada. Esto favoreció el estímulo del espíritu de cuerpo institucional y el fortalecimiento de los servicios.

También se buscó, a través de Internet, dotarlo de una moderna herramienta de comunicación. Se instaló el sitio web www.fnr.gub.uy; ágil, moderno, dinámico y transparente, coherente con la política de comunicación que ha seguido la institución en estos últimos años y que permite interactuar con los médicos y los usuarios. El sitio web tiene espacios de información acerca del FNR y sus programas de prevención, licitaciones, gestión de compras y sueldos (del personal del FNR y de institutos de medicina altamente especializada). Nunca antes, este tipo de información había tomado estado público.

Plan de comunicación

La política de comunicación del FNR se ordenó en base a un plan que tenía como principal objetivo desarrollar una personalidad pública que reforzara atributos positivos.

Una institución desarrolla sus atributos positivos de modo similar a como lo hace una persona en su relación con los demás. En este sentido, se diseñó un plan que no se limitó al desarrollo de acciones meramente contestatarias, de respuesta a estímulos generados por otros, sino que tuvo iniciativas y articuló ideas propias.

Las acciones y programas de comunicación institucional son quizás uno de los aspectos de mayor valor e importancia en la construcción de una imagen. Esa importancia radica en la visibilidad que logran y en que son acciones que se planifican y se las somete a un control y evaluación periódica.

¿Cuál es el público al que se dirige el FNR?

Primero, son los beneficiarios del FNR, los usuarios.

Se buscó entenderlos y para eso se contó con un trabajo que hizo la licenciada Verónica Massonnier, en base a la metodología de "focus groups", en donde se estudiaron las opiniones de usuarios sometidos a actos médicos durante los seis meses previos. Se hizo un análisis cualitativo que permitió identificar el grado de sensibilidad con que se debía trabajar y canalizar las inquietudes de los usuarios.

Resultó un aporte de mucha utilidad a la hora de armar programas y definir el lenguaje con que se abordaría la prevención. Sirvió de orientación para elaborar los contenidos de un ciclo televisivo "Prevenir es lo primario", de amplia difusión por el canal cable "TV Ciudad".

Se diseñaron e imprimieron folletos y materiales relacionados con los programas preventivos.

A principios de junio se realizó un seminario en el que el FNR puso sobre la mesa el tema de los derechos de los pacientes³², sobre el que opinó con una actitud autocrítica.

Un segundo público fueron los médicos, la comunidad con la que el FNR trabaja. Aquí hubo una serie de iniciativas que acompañaron todos los trabajos que se desarrollaron en el FNR.

Se enviaron cartas, se crearon bases de datos, se mantuvo una comunicación permanente, se organizaron cursos y seminarios y se desarrolló el programa de "Paciente seguro", un programa que indica objetivamente el valor que le asigna el Fondo a la calidad como un objetivo, en salud.

32 - Seminario taller "¿Se respetan o no los derechos de los pacientes en el Uruguay?", Montevideo, 4 y 11 de junio de 2004. Fondo Nacional de Recursos (FNR).

¿Oyó hablar del FNR?	
No oyó	30%
Si oyó	52%
Algo	18%
¿Cómo cree que el FNR está realizando sus funciones?	
Bien/Muy bien	59%
Más o menos	27%
Mal	4%
No sabe, no contesta	10%
¿Qué opina de que el FNR supervise el acto médico?	
Está bien	85%
Es desconfiar	12%
Sin dato	5%

Cuadro N° 2. Encuesta para el FNR. Interconsult, setiembre de 2003.

Se instaló una guardia médica permanente de 24 horas, para que el cuerpo médico se sintiera respaldado por la institución.

El otro público estuvo representado por los institutos de medicina altamente especializada. Se elaboraron y distribuyeron distintos materiales de apoyo en prevención (afiches, datos e información al alcance de todos) y se mantuvo una actitud abierta y transparente sobre la ejecución de tareas en el FNR.

También se realizaron acciones hacia el público en general, organizaciones públicas y políticas.

Se buscó fortalecer las relaciones con la prensa, que siempre acompañó al FNR con una actitud positiva y crítica, en un trabajo que fue complejo pero interesante de desarrollar y en el que se privilegió la construcción cotidiana de un vínculo sólido y confiable y el manejo de la comunicación en situaciones de crisis.

Cualquier organización, particularmente una vinculada a la salud, debe tener una política definida sobre el tema de la comunicación de crisis, en especial en momentos que implementa grandes cambios en su gestión como lo ha estado haciendo el FNR. El FNR se expuso y se expuso responsablemente. Dijo verdades y puso en la discusión pública temas que sólo se ventilaban en el ambiente médico. Esto generó reacciones de confianza y apoyo explícito a la función y actitud del Fondo y de confrontación por parte de sectores involucrados que se sintieron afectados.

La relación con la prensa no se limitó al abordaje de temas vinculados a aspectos de crisis. Se trabajó en comunicación para la prevención y en la campaña antitabaquismo. Sobre este tema, se firmó un convenio con la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM) y está en curso en el Congreso de Intendentes un proyecto de acuerdo similar para trabajar en conjunto con todas las intendencias del país.

Algunas conclusiones

La política de comunicaciones y las acciones realizadas muestran un antes y un después en la percepción del público sobre el FNR y se puede analizar en base a los resultados de una encuesta realizada en setiembre de 2003 por Interconsult.

Consultados sobre si habían oído hablar del FNR, 52 % de los entrevistados dijo que "sí oyó" y 18% manifestó haber oído "algo". Pero decíamos que esta respuesta no es suficiente para saber si la personalidad institucional del FNR es suficientemente conocida o no.

Buscando establecer los niveles de valoración del trabajo que se hace en el FNR, se preguntó "¿Cómo cree que el Fondo está realizando sus funciones?". Debe tenerse en cuenta que se trata del resultado de una encuesta de opinión sobre la gestión pública de una institución realizada luego de la gran crisis de 2002.

Consideró que las cosas se estaban haciendo "bien" y "muy bien" 60% de los encuestados, 27% estimó que "más o menos", el 27% y sólo 4% consideró que la gestión del FNR fue mala.

Se consultó a la población su opinión acerca de que el FNR supervise el acto médico de medicina altamente especializada, un tema que supuso fuertes polémicas en algunos sectores del cuerpo médico y en la prensa.

Un 85% de los encuestados respondió que está bien que el FNR controle la calidad de los actos médicos que la institución paga.

¿Oyó hablar del FNR?	2000	2003
No oyó	43%	30%
Sí oyó	37%	52%
Algo	20%	18%

Cuadro N° 3. Comparativo entre las encuestas de Interconsult de 2000 y 2003 para FNR.

En resumen: la gente entendió o asumió que el FNR estaba de su lado, cuidaba la calidad de la atención de los actos médicos y sólo su intervención sobre algunos casos de pública notoriedad permitió que algunos hechos se conocieran.

En lugar de generar desconfianza en el sistema, la gente sintió que estaba protegida y se sintió confiada. No se podría entender que autoridades sanitarias no se hicieran responsables ante la opinión pública de temas que rozan la ética profesional.

Esta polémica también ayudó a entender el sentido de estos cambios que, si se miran con grandeza, abren las puertas a una mejora de la gestión en toda la salud. Terminamos con la frase de un conocido escritor que recientemente cumplió otro aniversario: "Queda mucho camino todavía por recorrer, pero por suerte ya se empezó a caminar".

**“Los programas preventivos en el Fondo Nacional de Recursos”.
Dra. Rosana Gambogi, integrante del Equipo de seguimiento:**

LAS EVIDENCIAS DE LOS EFECTOS POSITIVOS DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN HAN VUELTO “INELUDIBLE AFRONTAR LA TAREA DE IMPLEMENTARLOS”

¿Es una decisión acertada la promoción de programas de salud desde una entidad dedicada a la financiación de actos médicos de medicina altamente especializada?

Razones médicas, evidencias del éxito de estos programas a nivel internación y criterios de buena administración, llevaron al Fondo Nacional de Recursos (FNR) a implementar programas de prevención destinados a los pacientes cubiertos por la entidad y a la población en general.

Estudios realizados entre la población atendida por el FNR mostraron que entre los pacientes revascularizados el porcentaje de fumadores o de quienes no controlan su hipertensión arterial y diabetes es mayor que el que se constata en la población en general.

A seis meses de haberse realizado una angioplastia, 13% de los pacientes continuaba fumando, 30,3% presentaba hipertensión arterial que evidenciaba falta de control, 60,5% presentaba elevados niveles de glicemia y 17% no mantenía los controles. No realizaba ningún tipo de rehabilitación física 32,3% y de los pacientes que habían referido ser dislipémicos, 23,8 % no recibían fármacos hipolipemiantes.

Experiencias realizadas en Estados Unidos, Inglaterra y Gales, demostraron que los programas de prevención tienen una importante efectividad. Estudios realizados en Inglaterra y Gales, concluyeron que 58% de la reducción de la mortalidad coronaria entre 1981 y 2000 obedeció al control de los factores de riesgo y 42% a tratamientos coronarios.

A partir de estas realidades, el FNR implementó los programas de “Apoyo para la cesación del tabaquismo”, “Asesoramiento nutricional”, y “Prevención secundaria de la enfermedad vascular arteroesclerótica”.

La Dra. Rosana Gambogi³³, presentó “Los programas preventivos en el Fondo Nacional de Recursos” y esgrimió argumentos económicos que también muestran la conveniencia de su implementación. “El costo de una cirugía cardíaca

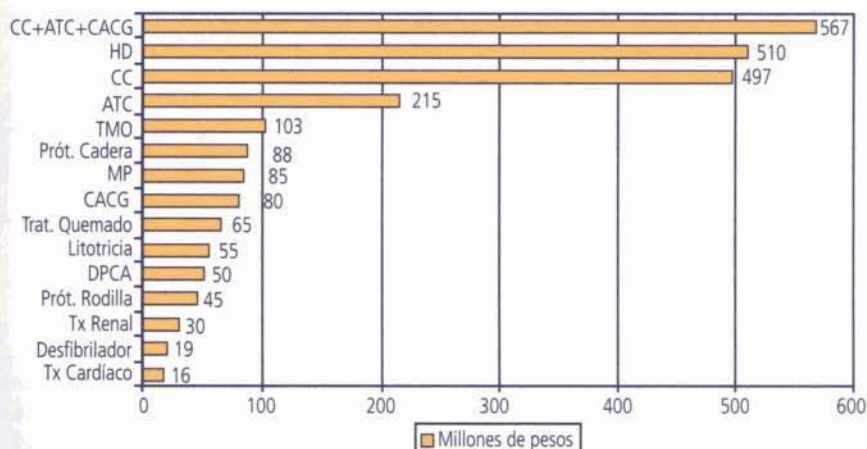
33 - La Dra. **Rosana Gambogi**, es médico internista y diabetóloga. Fue Profesora Adjunta de Clínica Médica y es integrante de la Unidad de Lípidos y Riesgo Vascular del Hospital de Clínicas. Fue secretaria de la Mesa Ejecutiva de la Sociedad Latinoamericana de Aterosclerosis (1998-1999) y de la Comisión Directiva de la Sociedad Uruguaya de Aterosclerosis (2002-2004). Integró la Comisión Directiva de la Sociedad de Diabetología y Nutrición del Uruguay (2000-2002) y es parte de Grupo Multidisciplinario de Riesgo Cardiovascular Absoluto. Se ha desempeñado como internista y diabetóloga en Salud Pública y en el CASMU y es asistente médico del FNR desde 1993. Integra los equipos de seguimiento del FNR.

es de 194.650 pesos y de una angioplastia 59.378 pesos. La medicación que el FNR administra a 288 pacientes en un año, se financia con los recursos que se invierten en poco menos de dos cirugías cardíacas”, sostuvo Gambogi.

Para la médica “parece indiscutible que el FNR, en su rol social, trate de orientarse hacia un modelo de asistencia que permita mejorar la atención de los pacientes a largo plazo y optimizar los recursos que invierte, financiando, no solamente la medicina de alta complejidad sino también desarrollando tareas de prevención y de promoción de salud”

Los programas preventivos del FNR son una respuesta instrumentada a partir de la realidad constatada a través de la evaluación de resultados de los actos médicos financiados por el instituto.

Durante 2000, el FNR financió la realización de más de 2.200 procedimientos de cirugía cardíaca, correspondiendo más del 75% a la realización de uno o más puentes coronarios y cubrió financieramente la realización de casi 2.300 procedimientos de angioplastia, lo cual insumió un gasto aproximado de 560 millones de pesos. Esto supuso un gasto cercano a 30% del gasto anual del FNR en ese momento.



Cuadro N° 1. Gasto por acto médico de medicina altamente especializada. Uruguay, FNR. 2000.

A dos años de haberse realizado una angioplastia 25% de los pacientes requieren una nueva coronariografía, 15,2% requieren una nueva angioplastia y 7,3% deben ser sometidos a un nuevo bypass coronario (ver cuadro N° 2).

Los procedimientos de revascularización permiten sólo el manejo de las complicaciones agudas de la arteroesclerosis que es una enfermedad crónica pero controlable.

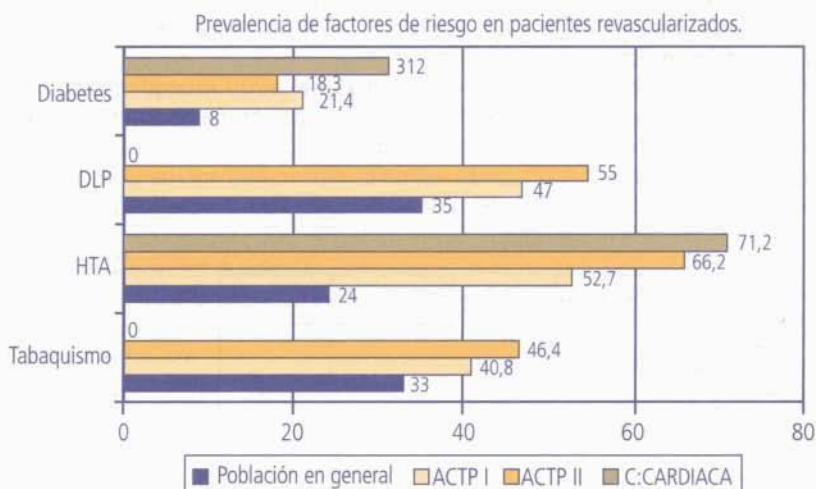
PROCEDIMIENTO	CASOS
Coronariografía	25,2 %
ACTP	15,2 %
Bypass coronario	7,3 %

Cuadro N° 2. Nuevos procedimientos post CPT a 2 años de realizado el acto médico. FNR

El desarrollo de esta enfermedad, cuya causa es multifactorial y compleja, se ve favorecido en aquellos pacientes que llevan un estilo de vida no saludable y conviven con factores de riesgo no controlados. Hoy se sabe que es posible modificar el proceso evolutivo de la arterioesclerosis, enlentecer y detener su progresión e incluso obtener la regresión de la enfermedad.

Es por eso que resulta fundamental priorizar las estrategias preventivas, tanto en las etapas preclínicas de la enfermedad, como luego de la aparición de un evento clínico y de la realización de un procedimiento de revascularización.

A pesar de esto hemos constatado que el fracaso en las medidas de prevención es muy frecuente.



Cuadro N° 3. Prevalencia de factores de riesgo en pacientes revascularizados. FNR, (Enero-Marzo 2000,2001, 2003).

El FNR realizó estudios de seguimiento en pacientes sometidos a angioplastia en 1999 y 2000 y a cirugía de revascularización en 2000. Estos estudios permitieron conocer la situación funcional, las complicaciones y la necesidad de nuevos procedimientos para estos pacientes. También se pudo conocer la prevalencia de los factores de riesgo en esa población y en algunos casos el control de los mismos a seis meses y a tres años.

Factor	FNR 6 Meses %	FNR 3 años %
Tabaquismo	13.0	13.32
HTA	30.3	42.10
Glicemia elevada	60,5*	66.1**
S/Rehabilitación física	32.3	37.6
S/Hipolipemiantes	23.8	34,1

* >110mg/dl

** >120mg/dl

Cuadro N° 4. Grado de control de factores de riesgo en pacientes sometidos a ACTP. Uruguay. FNR.

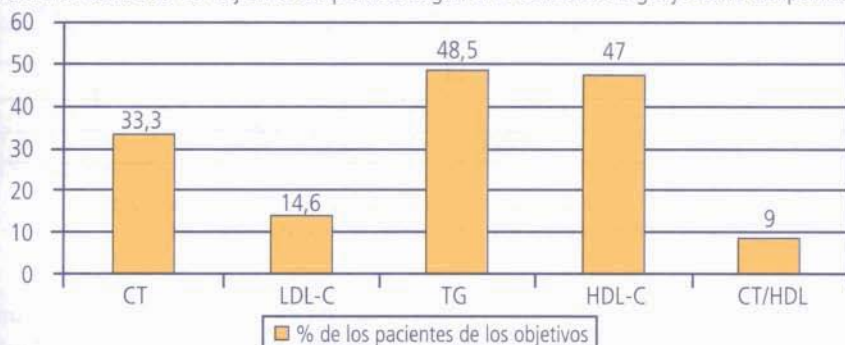
El primer hecho que se constató fue que la población sometida a los procedimientos de revascularización tuvo una prevalencia de factores de riesgo vascular muy alta. Si se compara la prevalencia de tabaquismo, hipertensión, dislipemia y diabetes en los pacientes tratados con la que registra la población general, se observa que en los pacientes sometidos a procedimientos de revascularización la prevalencia de esos factores de riesgo es muy superior.

El tabaquismo lo padece el 33% de la población, mientras que más de 40% de los pacientes sometidos a angioplastia mantenía el hábito de fumar tras la intervención (ver cuadro N° 3).

Entre los pacientes sometidos a un procedimiento de revascularización quirúrgico 71,2% eran hipertensos, mientras que la hipertensión afecta a 24% de la población en general. La diabetes afecta a 31,2% de pacientes sometidos a cirugía de revascularización mientras que padece esta enfermedad 8% de la población general.

¿Qué sucede a seis meses de efectuado un procedimiento de revascularización en el Uruguay? Observamos la prevalencia de los factores de riesgo y un grado de control de los mismos insuficiente.

Pacientes dentro de los objetivos terapéuticos según el 2° consenso uruguayo sobre dislipemias*



Cuadro N° 5. Porcentaje de pacientes dentro de los objetivos terapéuticos según el 2° consenso uruguayo sobre dislipemias.

Uruguay, Noviembre de 2000. (Correa F, Manfredi A, Gambogi R, Rossello C, Lombide I)

Los estudios mostraron que a seis meses de haberse realizado una angioplastia, 13% de los pacientes continuaban fumando, 30,3 % mantenían cifras de hipertensión arterial no controladas, 60,5% mantenían glicemias elevadas (110 mg/dl) y alrededor de un 17% desconocían sus controles. No realizaba ningún tipo de rehabilitación física 32,3% y 23,8 % de los pacientes que habían referido ser dislipémicos no recibían fármacos hipolipemiantes.

En la población revascularizada por angioplastia en 1999, entrevistada tres años después del evento, se observa una situación muy similar (ver cuadro N° 4).

Cuando se analizó el grado de control de las fracciones lipídicas, en pacientes en prevención secundaria, es decir que ya habían tenido un evento coronario, y a los cuales se había solicitado un procedimiento de coronariografía, se observó que tan sólo el 14,6 % de los pacientes estaban dentro del objetivo terapéutico para preven-

ción secundaria señalado y aconsejado por diferentes consensos nacionales e internacionales (ver cuadro N° 5). Si se tomaba la totalidad de los parámetros lipídicos, tan solo el 3.7% estaban dentro de los objetivos terapéuticos

Estudios internacionales

El control inadecuado de los factores de riesgo y la prevención secundaria inadecuada no es exclusiva de nuestro país. Estudios realizados en Europa y Estados Unidos mostraron cifras de prevalencia de factores de riesgo no controlados en niveles similares y en algunos casos superiores a los observados en nuestra población (ver cuadro N° 6).

PREVALENCIA de los FACTORES de RIESGO VASCULAR
6 MESES O MÁS LUEGO de un EVENTO CORONARIO

ESTUDIO	Origen año	N Ing./Entr.	TABAQ. %	OBES. % ³⁴	HTA % ³⁵	DIAB. % ³⁶	CT* Elevado %
Aspire	R. Unido, 1994-1995	2583/1982	19	26	26	6,5	82
Euroaspire I	Europa, 1995-1996	4862/3569	19.4	25.3	55.4	18	86.2
Euroaspire II	Europa, 1999-2000	8181/5556	21	31	50	20	58
Prevese I	España, 1994	1242/1141	9,5	13,3	2,3	NC	36**
Accept	EEUU, 1996	1797/818	25	NC	26	NC	76***

Cuadro N° 6. Comparativo de estudios internacionales sobre prevalencia de factores de riesgo vascular a 6 meses o más de un evento coronario.³⁷

El estudio Euroaspire se desarrolló en nueve países de Europa en dos instancias, una entre 1995 y 1996 y otra entre 1999 y 2000. Tras la primera fase del estudio se publicaron recomendaciones de los grupos europeos para prevención secundaria. El Euroaspire II intentó evaluar como habían repercutido esas recomendaciones en la práctica clínica y los resultados fueron bastantes decepcionantes. En este estudio la prevalencia de tabaquismo, obesidad y diabetes fue superior. Hubo un incremento en la utilización de fármacos cardioprotectores que, aunque siguió siendo insuficiente, determinó un mejor control de los valores del colesterol total (ver cuadro N° 7).

34 - Obesidad: BMI $\geq$ 30 kg.m²

35 - HTA: Hipertensión arterial $\geq$ 140/90 mmHg

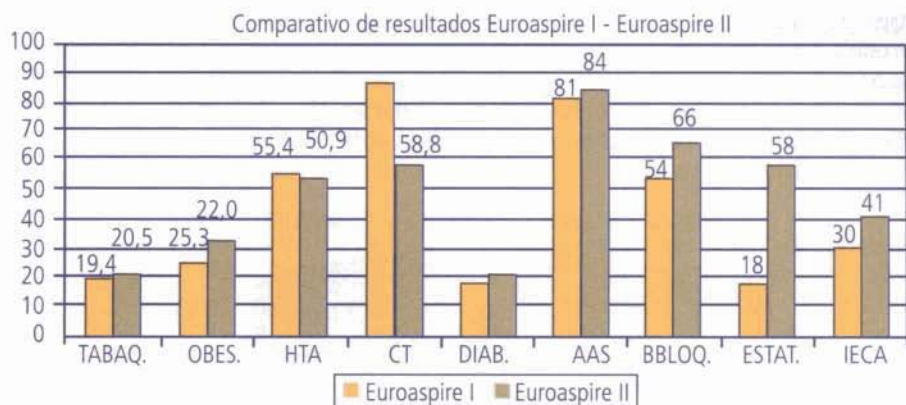
36 - Corresponde a glicemia al azar $\geq$ 180 mg/dl

* CT elevado: Colesterol Total $\geq$ 200 mg/dl

** CT elevado: $\geq$ 212 mg/dl

*** LDL-C $\geq$ 100 mg/dl

37 - Fuentes: ASPIRE Steering Group, Heart 1996, Velasco y col., Rev Esp Cardiol 1997, EUROASPIRE I Study Group, Eur Heart J 1997, EUROASPIRE II Study Group, Eur Heart J 2001, Pearson et al., Circulation (Suppl) 1997



Cuadro N° 7. Comparación de resultados de los estudios Euroaspire I y Euroaspire II (9 países)³⁸

Si se compara la población analizada en el FNR con los subgrupos de pacientes angioplastiados en tres estudios internacionales (Aspire, Euroaspire I, Euroaspire II), se observa nuevamente que la situación es similar a la de los datos reportados internacionalmente (ver cuadro N° 8).

Control de Factores de Riesgo Pacientes Sometidos a ATC (6 meses)

Factor	FNR %	Aspire %	Euroaspire I %	Euroaspire II %
Tabaquismo	13,0	17,0	20,4	22,6
HTA	30,3	23,0	48,2	46,4
Glicemia elevada	60,5	4,4	--	72,5
Sin rehabilitación física	32,3	Nc	Nc	Nc
Sin hipolipemiantes	23,8	--	--	--

Cuadro N° 8. Grado de control de factores de riesgo en pacientes sometidos a ATC a 6 meses. Comparación de datos del FNR con estudios internacionales Aspire y Euroaspire I y II. (FNR, Enero-Marzo 2000)

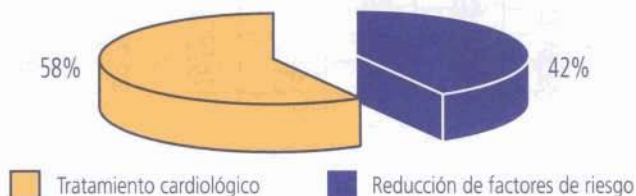
Para las fracciones lipídicas, el grado de control observado entre pacientes del FNR se encontró dentro del rango insuficiente constatado en otros estudios.

Esto sucede cuando hay suficiente evidencia que demuestra que la reducción de los factores de riesgo a nivel poblacional, la prevención secundaria con un control intensivo de los factores de riesgo y algunos tratamientos cardioprotectores, determinan una disminución de eventos coronarios, una disminución de la mortalidad e incluso una mejoría en la calidad de vida de estos pacientes.

38 - EUROASPIRE I and II Group, Lancet 2001; 357:995-1001

Entre 1981 y 2000 en Inglaterra y Gales se registró una reducción de 50% de la mortalidad en enfermos coronarios. Estudios realizados para analizar los factores que habían contribuido a lograr ese descenso de la mortalidad concluyeron que 58% se debió a la reducción de los factores de riesgo vascular a nivel poblacional y 42% a los tratamientos cardiológicos, incluyendo los tratamientos médicos e intervencionistas (ver cuadro N° 8).

Mortalidad Coronaria Inglaterra y Gales 1981 - 2000



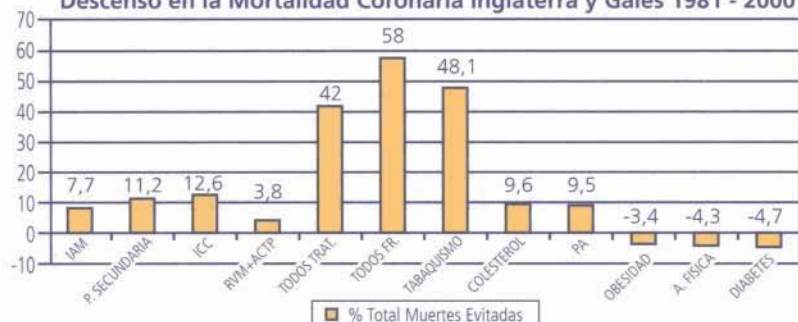
Cuadro N° 9. Descenso de la mortalidad coronaria en Inglaterra y Gales, 1981 - 2000³⁹.

Mediante el descenso de todos los factores de riesgo vascular se logró una disminución de 58% de la mortalidad lo que supuso que se evitaran 35.000 muertes aproximadamente (ver cuadro N° 9).

El factor que tuvo mayor impacto en la reducción de la mortalidad fue la disminución en la prevalencia de tabaquismo, que disminuyó de 39% a 28% y fue responsable de casi 48% del descenso de la mortalidad atribuible a los factores de riesgo vascular. También se observaron tendencias negativas en la prevalencia de obesidad, de actividad física disminuida, y de diabetes, lo cual de alguna manera, implicó la aparición o el desarrollo de 8.000 muertes que anularon el beneficio de dos décadas de descenso de colesterol poblacional logrado.

Dentro de los tratamientos cardiológicos que lograron disminuir la mortalidad se señalan como más importantes, los tratamientos para la insuficiencia cardíaca, la prevención secundaria y el manejo inicial del infarto.

Descenso en la Mortalidad Coronaria Inglaterra y Gales 1981 - 2000



Cuadro N° 10. Descenso de la mortalidad coronaria en Inglaterra y Gales, 1981 - 2000⁴⁰.

39 - Fuente: "Circulation" 2004;109:1101-1107

40 - Idem.

La revascularización coronaria por cirugía y angioplastia evitó tan sólo el 3.8% del total de muertes evitables.

Desde hace más de 25 años se sabe que el empleo de fármacos cardioprotectores es capaz de reducir la tasa de eventos a dos años y que el efecto de estos fármacos es independiente, es decir que cuantos más fármacos de estos reciban los pacientes, mayores van a ser los beneficios observados.

Control de Factores de Riesgo Pacientes Sometidos a ATC (6 meses)

ESTUDIO	Nº	Origen Año	Objetivo terapéutico % ⁴¹			Hipolipemiantes
			CT	LDL	TG	
Aspire	1982	R. Unido, 1994 - 1995	18	NC	NC	50
Prevese	1039	España, 1994	64	NC	NC	6,7
Euroaspire I	3569	Europa, 1995 - 1996	13,8	NC	NC	32
Euroaspire II	5556	Europa, 1999 - 2000	42	NC	NC	61
Accept	589	EEUU, 1996	NC	24	NC	59
L-TAP 1	1460	EEUU, 1996	NC	18	NC	92,6
P.C. Practice Adherence to NCEP II3	603	EEUU, 1993 - 1995	NC	14	50	33
A. Degree Undertreat. Hyperlipemia and CHF2	48586	EEUU, 1994 - 1996	NC	11	NC	39
Batalla y col. 4	230	España, 2000	NC	7	NC	49
FNR	214	Uruguay 2000	33,3	14,6	48,5	NC

Cuadro N°11. Grado de control de factores de riesgo en pacientes sometidos a ATC a 6 meses.

Comparación de datos del FNR con estudios internacionales Aspire y Euroaspire I y II. (FNR, Enero-Marzo 2000)

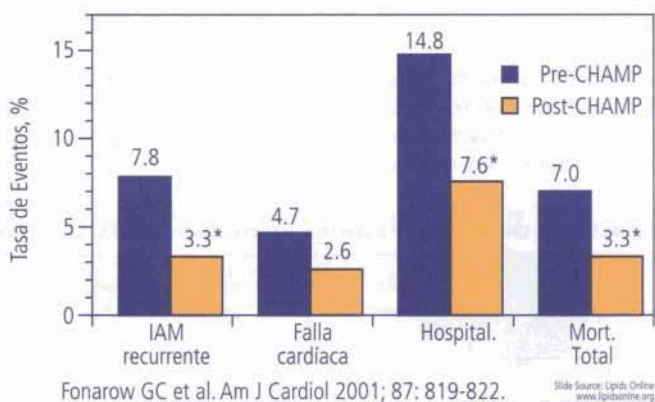
Los programas de prevención

Se sostiene que las barreras para instrumentar una prevención secundaria adecuada son múltiples y de responsabilidad del paciente, médico, sistema sanitario y de la comunidad.

En cuanto al paciente se señala como hecho fundamental las dificultades en la adhesión al tratamiento. Desde el punto de vista del médico se ha señalado la falta de incentivos, profesionales y económicos para realizar tareas de prevención. El manejo de las enfermedades cardiovasculares en el sistema sanitario, se ve afectado por la inadecuación de sistemas que se basen en la asistencia de complicaciones agudas, dejando de lado o no priorizando las tareas de prevención.

Atendiendo a esta realidad, en distintos países se instrumentaron programas de prevención que demostraron que mejoran el proceso de atención del paciente, reducen la necesidad de internación, mejoran la calidad de vida y la situación funcional, disminuyen la necesidad de revascularización, los eventos coronarios y la mortalidad.

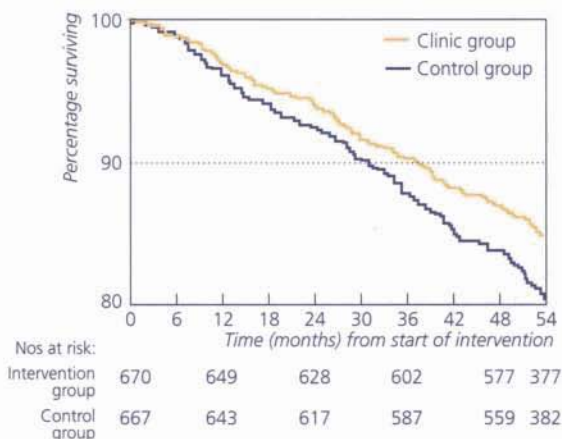
41 - OBJETIVO TERAPÉUTICO: CT: <200 mg/dl CT: <212 mg/dl LDL-C: <100 mg/dl TG: <200 mg/dl



Cuadro N° 12. Eventos clínicos en el primer año luego del alta por IAM. Estados Unidos, 2001⁴².

Un programa implementado en la Universidad de California, intentó mejorar el manejo inicial y precoz de los pacientes al ingreso por un evento coronario o un procedimiento de revascularización. La comparación entre el período pre champ y post champ, en cuanto a la indicación de tratamientos cardioprotectores, fue muy superior en el período post champ. También mejoró el grado de control de las fracciones lipídicas y disminuyeron los eventos coronarios, como el infarto recurrente y la mortalidad total. (Ver cuadro N° 12)

Otro estudio publicado recientemente comparó la evolución de pacientes que integraban un programa de prevención secundaria, con otros que eran tratados de modo convencional. El estudio, que se realizó durante cuatro años, observó una



Cuadro N° 13. Prevención secundaria registrada en 4 años de seguimiento. Inglaterra, 2003. Murchie P. et al⁴³.

42 - Fuente : Fonarow, G.C. et al. American Journal of Cardiology, 2001 ; 87: 819-822

43 - Fuente: BMJ; 2003: 326

disminución de los eventos coronarios y una mortalidad significativamente menor en el grupo tratado en el programa de prevención. La sobrevida fue mayor entre quienes integraban el programa de prevención que la de los miembros del grupo que siguió el tratamiento convencional. (Ver cuadro N° 13)

Se sabe que la obesidad se asocia a enfermedades como la diabetes 2, enfermedades cardiovasculares, osteoartritis, riesgo de infecciones y riesgo de complicaciones perioperatorias, lo que constituye, sin ninguna duda, un problema para la salud pública y también para la salud individual.

En Uruguay 17% de la población adulta es obesa, 35,1 % de los pacientes para los que se solicita un procedimiento de artroplastia financiado por el FNR son obesos y también lo es 35,6% de los pacientes para los que se solicita un procedimiento de angioplastia.

También se sabe que un descenso moderado del peso logra disminuir los factores de riesgo vasculares vinculados a la obesidad, disminuye las complicaciones perioperatorias, incluyendo la infección de sitio quirúrgico y permite a los pacientes del área traumatológica una mejor rehabilitación.

Frente a esta evidencia parece ineludible comenzar a afrontar la tarea de implementar tareas de prevención. El FNR ha instrumentado tres programas en esa dirección:

- Apoyo para la cesación del tabaquismo.
- Asesoramiento nutricional.
- Prevención secundaria de la enfermedad vascular arteroesclerótica.

El objetivo del **programa de apoyo para la cesación del tabaquismo** es apoyar al usuario para lograr el abandono del hábito de fumar y fundamentalmente, el mantenimiento en la cesación del hábito.

Está orientado a pacientes sometidos a procedimientos financiados por el FNR y a la población en general. Se instrumenta sobre la aplicación de recursos cognitivo-conductuales aplicados por médicos especialistas y tratamientos farmacológicos que son administrados al paciente en forma gratuita.

El **programa de asesoramiento nutricional** procura brindar una atención personalizada buscando alcanzar un peso posible para cada una de las situaciones planteadas.

Está orientado hacia los pacientes que van a ser sometidos a los procedimientos financiados por el FNR y está instrumentado en base a la realización de un diagnóstico nutricional, una planificación y monitoreo del tratamiento dietético por nutricionistas especializadas. Está orientado a la educación nutricional del paciente y de la familia de manera de lograr una mejoría de los hábitos del entorno.

El **programa de prevención secundaria de la enfermedad arteroesclerótica** busca optimizar el manejo a largo plazo de la arteroesclerosis y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Está orientado, inicialmente, a pacientes revascularizados recientemente procedentes del sector público, de manera de priorizar aquellos sectores más carenciados de la población de nuestro país.

Está instrumentado sobre un seguimiento multidisciplinario realizado por médicos clínicos, nurses y nutricionistas, orientado a la educación y el control intensivo de los factores de riesgo y promoción de la utilización de los fármacos cardioprotectores. El perfil de riesgo de los pacientes que ingresan al FNR es evaluado en las diferentes etapas de los procedimientos solicitados. A partir de ese análisis, los pacientes son derivados al programa adecuado a su perfil de riesgo.

Costo efectividad

Aunque parece claro que la implementación de los programas de prevención tiene un impacto positivo en la asistencia de los pacientes, en su sobrevivencia, y en la calidad de su vida, muchos actores del sistema de salud ponen en cuestión si la estrategia de prevención se trata de una opción realmente costo-efectiva.

No abundan en la bibliografía trabajos que analicen la costo-efectividad de los programas, pero los que lo han hecho concluyen que sí son costo-efectivos.

Sin lugar a dudas el FNR se deberá plantear realizar un estudio de costo-efectividad riguroso en el futuro pero algunos datos que hemos podido objetivar son realmente impactantes.

Los cuatro fármacos²⁵ que se administran a los pacientes del programa de prevención secundaria en una dosis estándar, le cuestan al FNR 107 pesos por paciente, por mes. Si el paciente se hace cargo del tratamiento a través de la mutualista, el gasto (incluyendo órdenes de fármacos y médicas) se estima unos 1078 pesos por mes. Si el paciente compra la medicación en la farmacia el gasto puede llegar a 1135 pesos.

El programa de prevención del FNR gasta 1200 pesos por paciente. Según los actuales criterios de inclusión, anualmente deberían ingresar unos 300 pacientes al programa de prevención.

El costo anual de la medicación para 288 pacientes del FNR es de 369.792 pesos. Si incluimos los exámenes básicos para el control de estos pacientes, el gasto anual por paciente sería de 3.445 pesos.

El costo de una cirugía cardiaca es de 194.650 pesos y de una angioplastia 59.378 pesos.

La medicación que el FNR administra a 288 pacientes en un año se financia con los recursos que se invierten en poco menos de dos cirugías cardíacas (1,8).

Parece indiscutible que el FNR, en su rol social, trate de orientarse hacia un modelo de asistencia que permita mejorar la atención de los pacientes a largo plazo y optimizar los recursos que invierte, financiando, no solamente la medicina de alta complejidad, sino también desarrollando tareas de prevención y de promoción de salud.

25 - Atenolol 100, Enalapril 20, Atorvastatina 20 y AAS 81

“Los resultados económicos”. Cr. Dante Giménez, Miembro de la Comisión Honoraria del Fondo Nacional de Recursos (FNR) en representación del Ministerio de Salud Pública (MSP).

“UN FNR SUSTENTABLE EN EL TIEMPO, EQUILIBRADO DESDE EL PUNTO DE VISTA ECONÓMICO, Y CON UNA VISIÓN DE FUTURO IMPORTANTE, ES UNA REALIDAD”

El Fondo Nacional de Recursos (FNR) finalizará el ejercicio 2004, con un superávit cercano a 12% sobre sus ingresos, unos 240 millones de pesos, lo que supondrá el tercer año consecutivo de balances que cierran en una situación positiva y reducen el patrimonio negativo que aun mantiene el organismo. Los balances deficitarios que afectaron al FNR por más de una década, tuvieron su punto máximo en 2000 cuando registró un déficit de 16,49% sobre los ingresos del instituto en valores corrientes (272 millones de pesos). A partir del 2001 el déficit comenzó a disminuir y desde 2002, los balances han concluido sin números en rojos.

El contador Dante Giménez⁴⁵, miembro de la Comisión Honoraria Administradora del FNR en representación del Ministerio de Salud Pública (MSP), explicó los cambios introducidos en la gestión administrativa y financiera del FNR y resultados económicos.

Recordó que cuando comenzó a trabajar en el FNR en el año 2000, la institución, se parecía a un avión que contaba con un solo instrumento para volar. “Me pregunté si me subiría a ese avión y me respondí que no”, aseguró.

Tres años después, Giménez observa una situación distinta en el instituto. Luego de explicar los cambios resueltos, las herramientas aplicadas y exponer cifras del actual estado económico financiero de la institución, el contador consideró que “lo que pudo haber sido la fantasía de lograr un FNR sustentable en el tiempo, equilibrado desde el punto de vista económico, y con una visión de futuro importante, hoy es una realidad que tiene una estructura y que está marcando un rumbo y un diseño en la estrategia”.

“Aquel avión de “La isla de la fantasía”, hoy tiene el velocímetro, medidor de combustible, tren de aterrizaje, altímetro, tiene un capitán y tiene lo más importante: un mapa de ruta”, agregó.

45 - El Cr. **Dante Giménez**, es representante del Ministerio de Salud Pública (MSP) ante la Comisión Administradora de Fondo Nacional de Recursos desde el año 2000. Ese mismo año accedió al cargo de Director de Economía y Finanzas del MSP. Se ha desempeñado en instituciones privadas de asistencia médica y ha trabajado como consultor en el área de la salud. Ha desarrollado actividad docente en facultades de la Universidad de la República y en el ámbito privado.

Ser el penúltimo orador y haber sido precedido por un conjunto de médicos que dominan la contabilidad como un arte propio alivianó mi trabajo. Comenzaremos analizando los sistemas de información y la información económico-financiera que proviene de los estados contables. Previamente detallaré algunas definiciones.

El papel de la administración

Administrar es tomar decisiones, actuar, evaluar resultados y cuando eventualmente esos resultados se apartan de la norma, corregirlos, hacer el feedback, y tomar nuevas decisiones en base a dichas correcciones.

Hablar de contabilidad presupone que hay alguien que administra, genera un conjunto de decisiones detecta situaciones, toma decisiones a partir de determinadas alternativas y trata de manejar la incertidumbre de modo que las instituciones de salud se tornen lo más ciertas posible.

El proceso de la toma de decisiones pasa por la fijación de metas y objetivos. Una vez definido lo que se quiere hacer y se desarrolla una visión estratégica que se comunica a toda la estructura de la organización, comienza la actividad, la toma de decisiones. Esto es elegir la mejor alternativa.

Para eso debemos evaluar el mercado, realizar acciones, evaluar los resultados de esas acciones y, captando los resultados detectar los desvíos comparando lo obtenido con lo planeado, informar y así realizar el feedback para tomar nuevas decisiones.

Velocímetro

Asocio el recuerdo de la primera vez que participé en la Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos (FNR) en 2000, con aquel viejo programa televisivo de la década de 1980 "La Isla de la fantasía", donde un avión llegaba hasta aquella isla donde los pasajeros vivirían diversas aventuras.

Cuando me subí a aquel avión que era el FNR observé que solo contaba con un elemento para tomar sus decisiones, el velocímetro.

Le pregunté al piloto si manejaba el avión sólo con la velocidad y me contestó que sí porque él era muy bueno con la velocidad. Le pregunté cómo controlaba el combustible y me dijo que no tenía problema porque según la cantidad de horas de vuelo que hacía, sabía cuánto combustible le quedaba. Me dijo que tampoco le preocupaba conocer la altitud a la que viajaba porque quería perfeccionarse en el control de la velocidad y que generalmente el tren de aterrizaje andaba bien por lo que no contaba con ningún instrumento para controlarlo.

Me pregunté si me subiría a ese avión y me respondí que no.

En la era de la información, de la incertidumbre, de los mercados hostiles, yo nunca me haría cargo de una empresa que no tuviera un cuadro de mando para tomar decisiones estratégicas, que permitiera medir desde el punto de vista de sus recursos, patrimonio, procesos internos, calidad y efectividad, los resultados finales que yo esperaba obtener.

La contabilidad constituye parte de un sistema de información de una organización, que combina recursos económicos, financieros, materiales, tecnológicos, para lograr resultados. Permite ver la evolución en el tiempo, generalmente un año, de sus bienes y diseñar escenarios para el caso de tener que enfrentar diversas contingencias. Permite a los propietarios sean éstos públicos o privados controlar su patrimonio y le suministra información que favorece la toma de decisiones.

Comunicación y normas contables

Las organizaciones económicas se constituyen en emisores de información para los usuarios.

Se comunican a través de los estados contables, que son informes que se transmiten en base a la aplicación de un conjunto de normas contables.

Las normas contables son lo que sería el protocolo para un médico.

Se trata de un conjunto de reglas que permiten a un contador dibujar la imagen de la situación económico financiera de una empresa, en este caso del FNR, con un mismo color y con una misma pintura y así poder visualizar la evolución de resultados, su liquidez y solvencia.

Así como los médicos tienen la medicina basada en la evidencia, que permite la realización de protocolos de modo que frente a un evento determinado se actúe en forma coherente, sistemática y en lo posible de igual modo, los contadores tenemos contabilidad basada en evidencia.

El cumplimiento de un conjunto de guías para la acción en la confección de estados contables, determina un procesamiento de la información que permite una lectura igualitaria y sin dificultades de interpretación para los actores internos y externos del ente y favorece la definición de sus objetivos y la toma de decisiones.

Los estados contables expresan la situación financiera del ente, lo que permite determinar cuál es la capacidad de esa organización de pagar sus obligaciones en el corto plazo, liquidez y en el largo plazo la solvencia. Permiten evaluar la gestión a través de la información económica, los estados de resultados y la información patrimonial. Esto detalla lo que queda luego de restar lo que se debe a lo que se tiene.

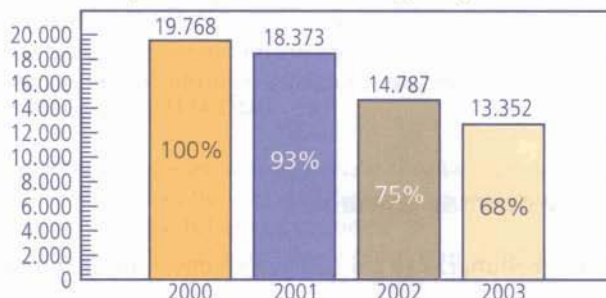
Los estados contables son los protocolos con que los contadores debemos regirnos. Desde 2003, rige la ordenanza N° 81 que obliga a todos los organismos públicos, entes autónomos, servicios descentralizados, a formular sus estados contables en base a un conjunto de normas internacionales de contabilidad, o criterios contables adecuados, vigentes a partir del 1° de enero del 2003 y con ajustes por inflación.

El FNR elaboró sus estados contables en el cumplimiento estricto de la norma. Esos estados contables fueron auditados por una auditora externa de nivel internacional y por la Auditoría Interna de la Nación (AIN).

Ambas auditorías concluyeron que los estados contables del FNR presentan razonablemente la situación económica, financiera y patrimonial del ente.

NUMERO DE ACTOS MEDICOS SIN HEMODIALISIS AÑOS 2000 AL 2003 Y % SOBRE BASE AÑO 2000 *

*(estos actos representan un 63% del total de gastos por actos médicos)



Cuadro N° 1. Evolución del número de actos médicos sin hemodiálisis. FNR, 2000-2003.

Los gastos

Previo al análisis de la situación económico financiera, observaremos la evolución de los actos médicos.

Entre los años 2000 y 2003, el número de actos médicos que representaban el 63% del gasto total FNR, disminuyó de 19.768 a 13.352.

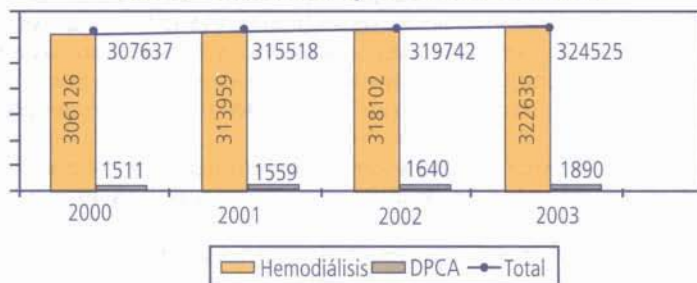
En términos porcentuales, tomando como base el año 2000, de ese 100% se pasó a 93% en 2001, a 75% en el 2002 y a 68% en 2003.

Es decir que, en aquellos actos que representaban 63% del gasto total, se disminuyó 32% (la diferencia entre 100 y 68).

Siguiendo una lógica médica, los actos médicos que representaban el restante 37% del gasto total del FNR, las hemodiálisis, crecieron.

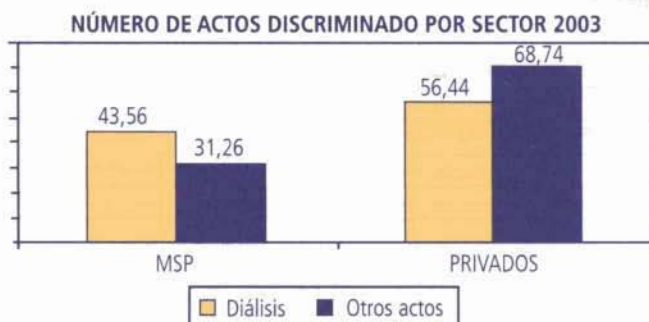
Cada paciente que comienza a recibir tratamiento de hemodiálisis no sale de él. En consecuencia, cada nuevo ingreso necesariamente va a incrementar la escala porcentual del año 2000. El 100% que tomamos como base en 2000, creció a 105% en 2003. (Cuadro N° 2)

Evolución Hemodiálisis y DPCA 2000 - 2003. FNR



Cuadro N° 2. Evolución del número de hemodiálisis y DPCA. FNR, 2000 - 2003.

Interesa señalar un aspecto referido a la equidad distributiva y que emerge de discriminar el número de actos en función del origen, público o privado, de los pacientes.



Cuadro N° 3. Origen de los actos médicos según sector público o privado, 2003.

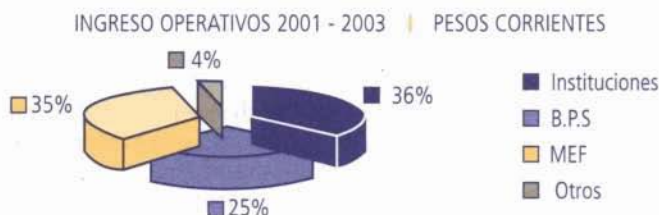
Las diálisis solicitadas para pacientes provenientes de servicios de salud públicos fue 43.56% del total y el sector privado demandó 56.44%. Pacientes del sector público recibieron 31,26% de los actos médicos de alta complejidad y 68.74% fueron intervenciones realizadas a pacientes del sector privado. (Ver cuadro N° 3)

Estas cifras llevan a preguntarse por qué si el sector público abarca aproximadamente al 50% de la población, en términos de cantidad de actos demandados su relación es notoriamente inferior al sector privado.

Al respecto, quiero señalar mi convicción acerca de la validez de las conclusiones del trabajo que realizó la consultora William Mercer a cargo del doctor Rodolfo Rodríguez a fines de 2000. En ese trabajo se habló del tema de la demanda inducida y de los fondos marcados y se sostenía que “cada vez que hay una oferta de fondos, la demanda aparece”. A eso se lo definió como “demanda inducida”.

Los ingresos

Si observamos los ingresos operativos vemos que las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC) y aquellos seguros parciales privados que vuelcan la cuota al FNR, aportan 36%, el Banco de Previsión Social (BPS) -que también recauda fondos privados- aporta 25%. La suma de ambos (61%) daría lo que aporta el sector privado. El Ministerio de Economía y Finanzas aporta 35% y otros el restante 4%.



Cuadro N°4. Ingresos operativos en pesos corrientes. FNR, 2000-2003.

Ese es el desglose de los ingresos medidos en pesos corrientes. Expresado en términos conceptuales, se trata del análisis de esos "fondos marcados" que centralizadamente entran al FNR.



Cuadro N° 5. Evolución del salario real e ingreso por cuotas al FNR, 2000-2003.

La institución gestiona la administración de esos rubros y paga a sus prestadores, estableciéndose la clásica triangulación financiador, gestor y prestador que se observa en los sistemas de salud.

El contexto macroeconómico

Para observar el contexto macroeconómico en que se ha desarrollado la gestión del FNR, en el cuadro N° 5 estamos presentando la evolución de la cantidad de cuotas que ingresan al fondo, medidas en términos porcentuales desde enero de 2000 a diciembre de 2003.

La gráfica muestra una caída notoria que se acentuó en el año 2002 y se estabilizó en el 2003.

Para el FNR y el mutualismo eso significó la pérdida de entre 180.000 y 200.000 cuotas cobradas.

El salario real muestra una tendencia a la baja. Esta pérdida del salario real explica la caída de las cuotas.

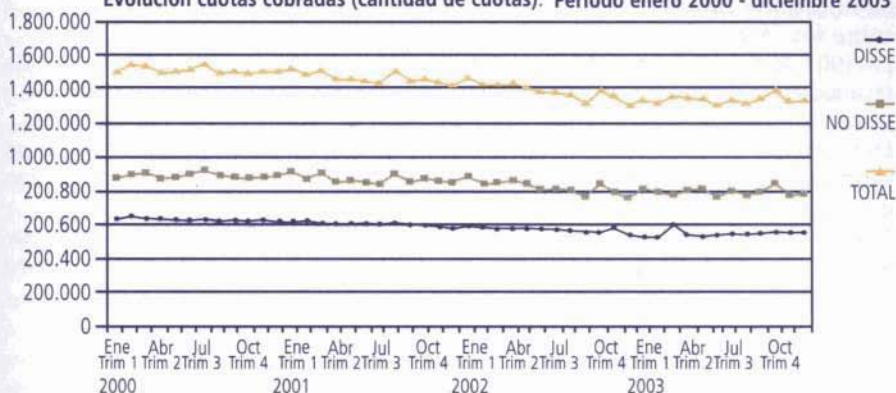
En el cuadro N° 6 se desagrega la evolución de las cuotas cobradas en el FNR.

La línea superior marca el total de cuotas cobradas que surge de la sumatoria de la línea del medio, que es el sector privado sin el aporte del BPS, y la línea de abajo que indica el aporte al FNR a través de la Dirección de los Seguros de Salud del Estado (DISSE) del BPS.

Entre 1990 y 2000, el mutualismo tuvo una media de un millón y medio de afiliados. La primera gran caída se presenta en el año 2002 y va hasta principios del 2003 cuando comienza a mostrar una situación de estabilidad.

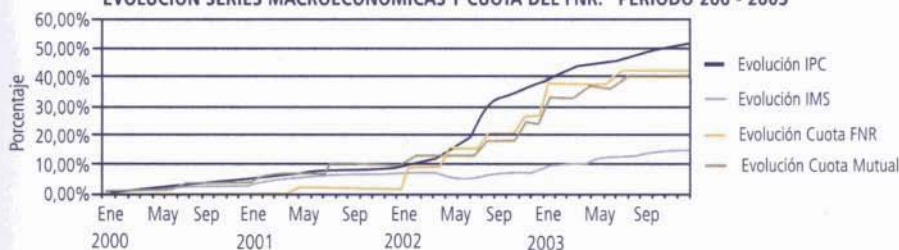
En la actualidad, se registra una reducción de aproximadamente 150.000 cuotas en la recaudación. Sumando los afiliados de las mutualistas y los afiliados a través de DISSE, el sector privado lo componen 1.351.000 aportantes.

Evolución cuotas cobradas (cantidad de cuotas). Periodo enero 2000 - diciembre 2003



Cuadro N° 6. Evolución de la cantidad de cuotas según origen. FNR, 2000 - 2003.

EVOLUCIÓN SERIES MACROECONÓMICAS Y CUOTA DEL FNR. PERÍODO 200 - 2003



Cuadro N° 7. Evolución de la cuota del FNR y las variables macroeconómicas, 2000 - 2003. FNR.

En el cuadro N°7, se muestra la evolución del Índice de Precios al Consumo (IPC) entre enero de 2000 y diciembre del 2003 y el comportamiento del costo de la cuota del FNR.

Hasta enero del 2002, el crecimiento de la cuota del FNR fue inferior a la evolución de la cuota mutual y al índice medio de salarios. Recién en mayo de 2002, superó la evolución de la cuota mutual.

La evolución de la cuota mutual se ubicó en un intermedio entre la cuota del FNR, por arriba hasta mayo del 2002, y por debajo pero no muy por debajo desde mayo del 2002 a diciembre del 2003.

La evolución del índice medio de salarios mantiene la tendencia descendente y aparece por debajo del resto de las variables.

Analizaremos algunos números del FNR.

El cuadro N° 8 muestra los estados de resultados del FNR desde 1999 a 2003, en millones de pesos y a valores corrientes.

La línea final indica el porcentaje sobre los ingresos y los resultados: en el año 1999 el FNR perdió 141 millones de pesos, lo que significó un déficit de 8.67% sobre los ingresos.

En el caótico 2000 se perdieron 272 millones de pesos, lo que elevó el déficit sobre los ingresos a 16,49%.

En 2001 se comenzó una tarea de evaluación, auditoria, seguimiento, control de resultados y calidad, que permitió bajar el número de actos y, en consecuencia, ese año el déficit se redujo a 11,24% sobre los ingresos (unos 184 millones de pesos).

En diciembre de 2001 hice una acalorada defensa de lo que debe considerarse un control de gestión adecuado en una organización y propuse que el norte del plan estratégico debía ser tener un presupuesto equilibrado en 2002.

Argumenté que como administradores y controladores de fondos públicos, debíamos obtener el equilibrio del FNR para comenzar a bajar el capital negativo que se había acumulado hasta esta fecha y demostrar que sabemos gestionar.

ESTADO DE RESULTADOS DEL FNR Años 1999 a 2003, a valores corrientes (millones de pesos)					
ESTADO DE RESULTADOS	1999	2000	2001	2002	2003
Ingresos operativos netos	1.629	1.643	1.627	1.723	2.008
Costo por Actos Médicos	-1.745	-1.874	-1.781	-1.669	-1.846
RESULTADO BRUTO	-116	-232	-154	53	163
Gastos de Gestión	-14	-18	-22	-29	-39
Otros ingresos	5	7	12	36	29
Otros gastos	-16	-29	-20	-50	-17
RESULTADO	-141	-272	-184	10	136
% SOBRE INGRESO	-8,67%	-16,49%	-11,24%	0,57%	6,79%

Cuadro N°8. Estado de resultados del FNR (valores corrientes, en millones de pesos), 1993 - 2003.

ESTADO DE RESULTADOS DEL FNR Años 1999 a 2003 A valores constantes (millones de \$). Promedio 2003					
ESTADO DE RESULTADOS	1999	2000	2001	2002	2003
Ingresos operativos netos	2.423	2.332	2.214	2.056	2.008
Costo por Actos Médicos	-2.596	-2.661	-2.423	-1.993	-1.846
RESULTADO BRUTO	-173	-329	-209	64	163
Gastos de Gestión	-21	-25	-29	-34	-39
Otros ingresos	7	10	17	43	29
Otros gastos	-23	-41	-28	-61	-17
RESULTADO	-210	-385	-249	12	136
% SOBRE INGRESO	-8,67%	-16,47%	-11,25%	0,57%	6,79%

Cuadro N°9. Estado de resultados del FNR (valores constantes, en millones de pesos), 1993 - 2003.

En ese momento se modificaron las mayorías necesarias para la toma de decisiones en la Comisión Honoraria Administradora del FNR, hecho bastante interesante desde el punto de vista sanitario y del desarrollo de la institución.

La comisión administradora del FNR la integran nueve miembros. El Estado está representado en la comisión por cinco integrantes, tres en representación del Ministerio de Salud Pública (MSP), uno del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y otro del Banco de Previsión Social (BPS). Tres son delegados de organizaciones de segundo grado de las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC) y uno de los institutos de medicina altamente especializada (IMAE).

Las resoluciones se adoptaban por una mayoría de siete votos en nueve. En diciembre de 2001 se modificó el sistema y se comenzó a resolver con una mayoría de cinco en nueve.

En 2003 se logró una meta de superávit primario de 6.79%, con 136 millones de pesos.

Las cifras que se observan en el cuadro N° 9, que muestra los mismos resultados a valores constantes a promedio de diciembre del 2003, permiten afirmar que si en 1999 no hubiera habido inflación y se hubiera mantenido este resultado, el superávit medido a valores promedio del año 2003, hubiera sido de 210 millones de pesos.



Cuadro N°10. Evolución del patrimonio del FNR (pesos corrientes). 1993 - 2003.



Cuadro N°11. Evolución del patrimonio del FNR (pesos constantes), 1993-2003.

El estado de resultados es un factor dinámico que impacta sobre el estado de situación patrimonial de la institución.

El estado patrimonial de la institución es el capital con que cuenta a partir de calcularse la diferencia entre sus activos y pasivos.

En 1999 el FNR contaba con un patrimonio negativo de trescientos tres millones de pesos (la diferencia entre activos y pasivos).

En 2000, y como consecuencia del déficit de ese año, el patrimonio negativo ascendió a 569 millones de pesos.

En 2001 cuando se llegó a deber 751 millones de pesos a los IMAES, el déficit ascendió a 750 millones. Como consecuencia del superávit alcanzado en 2003, el patrimonio negativo de la institución se redujo a 564 millones de pesos (ver cuadro N° 10).

Los resultados proyectados para el año 2004, permiten estimar que habrá un superávit del orden de 12%, unos 240 millones de pesos.

Eso indica que el capital (negativo) de esta institución, de este ente de dominio público no estatal, se va a reducir prácticamente a la mitad de lo que estaba en 2003.

Se corrigió la gestión, se implementaron medidas, se bajaron los costos, no hubo aumentos de cuotas superavitarios ni por encima de la media, y se han obtenido resultados de gestión que considero importantes.

Pero la gestión no son sólo los números y la incidencia del superávit sobre el capital. Es también actuar sobre los procesos, sobre los usuarios, sobre los sistemas informáticos y el desarrollo y la formación de los recursos humanos del instituto.

Podemos afirmar que una parte importante del proceso de toma de decisiones de la Comisión Administradora y de los gerentes del FNR está sustentada en informes provenientes de los sistemas informáticos.

El FNR tenía un atraso tecnológico de aproximadamente diez años en sistemas informáticos.

Gran parte de la operación interna vale fuertemente en los sistemas informáticos, red de telecomunicaciones, computadoras personales, correo electrónico, utilitarios tipo "Office", sistemas de gestión estadística, sistemas de gestión de actos médicos, sistemas de gestión contable.

Todos los funcionarios, sin excepción, utilizan al menos parte de estos recursos. Y existe una importante conexión informática con usuarios e instituciones externas vía Internet, que tiende a crecer con el tiempo.

Para algunas de las instituciones externas el acceso a nuestro sistema tiene o tendrá una relevancia de primer nivel.

"El avión, el avión..."

Lo que pudo haber sido la fantasía de lograr un FNR sustentable en el tiempo, equilibrado desde el punto de vista económico y con una visión de futuro importante, hoy es una realidad. Tiene una estructura, una estrategia y se va marcando un rumbo. La visión respecto a la conducción de la empresa que todos los gerentes debemos tener, existe y está estructurada.

Aquel avión de "La isla de la fantasía", hoy tiene velocímetro, medidor de combustible, tren de aterrizaje, altímetro, tiene un capitán y tiene lo más importante: un mapa de ruta.

Para dar pie a las reflexiones del panel que abordará lo que falta en el "debe" y lo que hay en el "haber" del FNR, como académico, dejaré algunos interrogantes o desafíos que suelo plantearme y que considero necesario que la institución se las haga de cara al futuro:

- ¿Deben mantenerse bajo la cobertura del FNR la totalidad de técnicas que se financia actualmente?
- ¿Los aranceles deben fijarse sin estudios previos de costos?
- ¿Debe mantenerse el actual sistema de financiación centralizado por acto?
- ¿Debe asumir el Fondo Nacional de Recursos la totalidad de los riesgos financieros?
- ¿No pueden librarse los precios de los actos médicos a ser contratados al libre juego de la oferta y la demanda con competencia internacional?
- ¿Debe proliferar el número de IMAES especializados o debe centralizarse a efectos de obtener la destreza y calidad necesaria a través de la concentración?
- ¿Deben seguirse pagando actos médicos sin tener en cuenta la efectividad en cuanto a resultados?
- ¿No deben participar los aseguradores primarios, públicos y privados, en los resultados económicos de las actividades desarrolladas sobre sus *cápit*as?

Con respecto al último punto que puede resultar un tanto extraño, tres estudiantes de la Facultad de Ciencias Económicas hicieron una monografía titulada "Seguros y reaseguros de salud" que evalué y con la que se recibieron de contadores en junio de 2004. Creo que es una propuesta interesante para el FNR.

Se le pidió a los estudiantes que diseñaran un modelo que permitiera analizar qué pasaría si los U\$S 2,80 de cuota mensual que cobra per cápita el FNR fueran administrados por las aseguradoras primarias (las IAMC) y el FNR actuara como un reaseguro de riesgo catastrófico.

El análisis debía contemplar cuatro escenarios: el caso de instituciones con más de 100.000 afiliados que tienen IMAE propio, dos instituciones con similar población etaria y con menos de 100.000 afiliados, una con IMAE propio y otra sin IMAE propio. Las conclusiones fueron unánimes: si se consideraba la relación de los recursos con respecto a los gastos, las instituciones que tenían IMAE propio daban déficit.

“La gestión como aplicación del principio de justicia distributiva”. Dr. Homero Bagnulo, Presidente alterno del Fondo Nacional de Recursos (FNR).

“ESTAMOS PLANTEANDO ESTABLECER UN NUEVO COMPROMISO DE LA MEDICINA CON LA SOCIEDAD EN BASE A VALORES ÉTICOS MÁS SÓLIDOS.

El desarrollo de una gestión basada en la calidad que implementa el Fondo Nacional de Recursos (FNR) desde 2000, se sustenta en razones de buena administración y criterios de ética orientados por la convicción de que es posible administrar servicios médicos reduciendo gastos y manteniendo principios éticos.

A nivel nacional e internacional se observa que los costos de la medicina crecen de modo persistente. Este hecho exige el planteo de algunas cuestiones que los responsables del FNR manejan en el ejercicio cotidiano de su gestión.

Para el presidente alterno de la Comisión Honoraria Administradora del FNR, doctor Homero Bagnulo⁴⁶ “la medicina moderna es demasiado cara como para que se ignore el tema. Se encarece cada día más y esto hará que no sea viable”.

Al exponer acerca de “*La gestión como aplicación del principio de justicia distributiva*”, Bagnulo explicó la filosofía de la actual administración del FNR y consideró indispensable que la sociedad comience a plantearse cuáles son los límites que está dispuesta a asumir para que la medicina sea sustentable.

Para ser sustentable, según Bagnulo, la medicina deberá ser “adecuada pero no óptima”, estar “equitativamente distribuida” y poder ser financiada por la sociedad. La medicina deberá aceptar objetivos finitos y llegar a un nivel de equilibrio respecto a las aspiraciones de progreso limitado y de innovación tecnológica”.

“Ninguna sociedad puede darse el lujo de sostener económicamente la idea de un progreso médico ilimitado”, dijo el presidente alterno del FNR y expresó su convicción de la necesidad de establecer “un nuevo compromiso de la medicina con la sociedad, en base a valores éticos más sólidos”.

46 - El Dr. **Homero Bagnulo** es médico internista e intensivista. Desde 2000 es presidente alterno de la Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos (FNR). Fue presidente de la Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva (SUMI), del Comité Asesor en Control de Infecciones del Ministerio de Salud Pública y vicepresidente del Sindicato Médico del Uruguay (SMU) y “fellow” de The Society for Healthcare Epidemiology.

Se desempeña como director del Centro de Tratamiento Intensivo del Hospital Maciel (MSP) y es coordinador del Centro de Tratamiento Intensivo del sanatorio N° 2 de Centro de Asistencia del SMU (CASMU).

Esperemos que luego de esta intervención no maten al mensajero, como sucede a menudo.

Los cambios que se realizaron en el Fondo Nacional de Recursos (FNR) no se hicieron sólo para ahorrarle dinero al Estado como mucha gente cree sino que, en muy buena medida, los hicimos guiándonos por criterios de ética médica.

Los problemas éticos en la medicina altamente especializada suelen considerarse en torno a los binomios *selección - elección y racionalización - racionamiento*.

El primero, *selección - elección*, es un binomio privado (se resuelve a nivel del paciente), donde lo que importa es la información, los programas de segunda opinión para que el paciente tenga una segunda opinión, o por lo menos para que el FNR la tenga. Con intervenciones pro activas tendientes a equilibrar comportamientos muy comunes en sistemas que se comportan de modos distintos cuando pagan por acto médico y cuando pagan por salario, el FNR busca asegurar mayores garantías a los pacientes. Cuando se hace referencia a la capacidad de *elección* de los pacientes, todos sabemos que atrás de esto hay algunas falsedades. Para determinar la autonomía con la que el paciente realiza su elección, sería necesario analizar bajo qué influencias decide, cuál es su educación y qué formación tiene.

El binomio *racionalización-racionamiento* es el binomio de carácter público, que es el que nos compete abordar en nuestro rol de administradores de fondos públicos de salud.

Está directamente relacionado con los principios éticos de no maleficencia y de justicia distributiva y se vincula claramente a la indicación de los actos médicos.

Implica que debe hacerse lo indicado y no puede hacerse lo contraindicado, principio ético básico y del que se deduce que no puede exigírsele al Estado financiar lo inútil o lo poco efectivo.

Hay que evaluar procedimientos, utilizar lo indicado y rechazar lo contraindicado. No debemos usar lo inútil y tenemos que restringir lo que es poco eficaz.

La justicia distributiva implica el criterio de racionamiento como criterio ético, pero antes de racionar debemos gestionar eficientemente los recursos.

Esto es una obligación de justicia para quienes administramos recursos públicos, porque lo que demos de más a algunos se lo estaremos quitando a otros.

No se trata sólo de ahorrar, sino administrar con justicia.

Hay que evaluar siempre la eficacia del producto que se está dando. No hay obligación de justicia de brindar procedimientos no indicados o de eficacia dudosa.

Esto es absolutamente claro y vinculado a esto, está todo el desarrollo de la medicina basada en la evidencia que impulsa la Cochrane Collaboration⁴⁷.

El *racionamiento en virtud del principio de justicia* sólo puede determinarlo quien tiene la gestión del bien común. Es responsabilidad de quienes han recibido la oportunidad de administrar fondos públicos.

Debe ser garantizado por las autoridades y tiene que aplicarse a todos por igual. No puede haber hijos y entenados y si no es así, quien administra los fondos públicos está fallando.

El *principio de la diferencia* determina que ante situaciones de carencia de recursos haya que tratar de modo no igualitario y en ese caso la prioridad deber ser

47 - Se puede acceder a mayor información acerca de la Cochrane Collaboration en www.cochrane.org

siempre para los más impedidos. Esta es la razón por la cual comenzamos aplicando los programas de prevención a pacientes del sector público.

"El racionamiento en virtud del principio de justicia sólo puede determinarlo quien tiene la gestión del bien común es responsabilidad de quienes han recibido la oportunidad de administrar fondos públicos. Debe ser garantizado por las autoridades y tiene que aplicarse a todos por igual. No puede haber hijos y entenados y si no es así quien administra los fondos públicos está fallando".

El principio de beneficencia es un principio que afecta más al área privada. La justicia no obliga más que a poner los medios indicados y quitar los no indicados o los contraindicados.

El principio de beneficencia es un principio imperfecto de gestión privada. Si el paciente quiere servicios de dudosa calidad o efectividad o no indicados debe pagarlos. No es obligación del Estado dar algo cuya efectividad no esté demostrada en base a la evidencia. Y aun en la gestión privada, no pueden brindarse tratamientos que estén contraindicados.

La evaluación precisa de indicaciones es vital en un sistema sanitario que se base en la solidaridad.

A diferencia de los derechos de los pacientes que se basan en el principio de beneficencia, los derechos de la sociedad se basan en los principios de justicia distributiva. Analizaremos algunos hechos a la luz de estos principios.

La medicina moderna es demasiado cara como para que se ignore el tema. Se encarece cada día más y esto hará que no sea viable. Sin embargo vemos que este es un tema sobre el que falta una discusión en nuestra sociedad.

Contribuyen al encarecimiento de la medicina los cambios epidemiológicos, el envejecimiento de la población, los efectos del *baby boom*, los progresos tecnológicos determinados por el mercado, las elevadas expectativas de la población y condiciones económicas que no están acordadas entre los prestadores.

Es un problema al que ningún país ha conseguido darle una solución pero frente al cual hay dos modelos para la acción.

Uno basado en el respeto a los derechos individuales, de altas demandas y en el que se sobrentiende que a los pacientes se les debe asegurar todo. Prototipo de este modelo es el sistema de salud de Estados Unidos de América. Otro que se basa en la solidaridad intergeneracional es tradicional de los sistemas de salud de los países de Europa. Pese a que consideramos que es necesario administrar lo mejor posible los recursos y que en Uruguay eso puede generar importantes ahorros, todo el mundo coincide en que una mejor organización y financiamiento no serán suficientes. Se deberá reexaminar valores y cambiar algunos de ellos para alcanzar lo que hoy se conoce como una medicina sustentable, accesible y equitativa.

Debemos abandonar el sueño de la medicina moderna, de que la vida, las enfermedades y la muerte van a ser científicamente dominadas. Estamos planteando, nada más y nada menos, que un nuevo compromiso de la medicina con la sociedad, en base a valores éticos más sólidos.

"Todo el mundo coincide en que una mejor organización y financiamiento no serán suficientes. Se deberá reexaminar valores y cambiar algunos de ellos para alcanzar lo que hoy se conoce como una medicina sustentable, accesible y equitativa".

De acuerdo a estimaciones del Bureau de Censos de los Estados Unidos, entre el 2000 y el 2020 habrá un incremento de 56% en el número de individuos mayores de 65 años en la población de ese país.

Esto implicará un aumento de 42% del número de cirugías cardiotorácicas y de 28% en las cirugías ortopédicas que el Estado deberá financiar.

Tres postulados

Ninguna sociedad puede darse el lujo de sostener económicamente la idea de un progreso médico ilimitado. Hay mejores caminos para mejorar la salud pública que continuar en la dependencia de una medicina basada en la tecnología y en una medicina de rescate de patologías agudas, que es del área de donde provengo.

Se deben buscar soluciones para toda la comunidad, no pensando en beneficios individuales, porque a la larga tampoco se obtendrán beneficios individuales por la fractura del sistema.

No es cierto que más medicina implique mejor salud.

¿A qué llamamos "medicina sustentable y qué características tendría? Nos estamos refiriendo a los postulados que promueve el médico estadounidense Daniel Callahan desde "The Hasting Center".

Estos postulados proponen proveer a la sociedad un nivel de cuidado médico y salud pública suficiente, que dé a las personas una buena oportunidad de completar su ciclo vital, asegurando un adecuado nivel de competencia física y síquica.

Sostienen que esta medicina debe estar equitativamente distribuida y que la sociedad debe ser capaz de financiarla. Es una medicina que, con el apoyo de la sociedad, debe aceptar objetivos finitos y llegar a un nivel de equilibrio con respecto a las aspiraciones de progreso limitado y de innovación tecnológica acotada.

Esta medicina no será perfecta. Deberá aceptar el racionamiento en base al principio de justicia distributiva -que ya hemos aplicado- y la fijación de límites en beneficio de la accesibilidad y la sustentabilidad.

Será una medicina adecuada pero no óptima. La búsqueda de satisfacer cada plan-teo individual, cada deseo, el sueño de vivir hasta los ciento veinte años, ser joven y lindo, persiguiendo cada posible innovación es peligrosa y compromete otros bienes sociales.

De mantenerse las actuales tendencias, se estima que en 2020 habrá países que gastarán el 20% de su producto bruto interno en salud y eso no será sustentable. En un reciente número de "The Economist" se han publicado notas reflexio-nando en esta dirección.

No estamos diciendo que la construcción de una medicina sustentable deba ser impuesta en forma omnipotente por los médicos, como nos han acusado algunos. Este tiene que ser un convenio establecido por el conjunto de la sociedad con la medicina. Alcanzar un estado de equilibrio que permita una medicina sustentable, supone acordar a nivel de toda la sociedad qué porcentaje del PBI se dedicará a la salud y fijar un límite. Supondrá acordar y establecer una forma paulatina para la adquisición de adelantos tecnológicos con la sociedad y someterlos al análisis riguroso de su costo-efectividad. La sociedad deberá aceptar esa lentitud en la incorporación de adelantos.

"No estamos diciendo que la construcción de una medicina sustentable deba ser impuesta en forma omnipotente por los médicos, como nos han acusado algunos. Esto tiene que ser un convenio establecido por el conjunto de la sociedad con la medicina".

Se deberá establecer prioridades que no estén vinculadas a la creación de expectativas públicas. Ese es el modo por el cual el complejo médico-industrial induce a la población.

Se deberá establecer organismos, agencias de adquisición, que evalúen cuidadosamente las nuevas tecnologías y medicaciones como planteó Eduardo Touyá cuando estuvo a cargo de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública (MSP). Para hacer posible una medicina sustentable se debe caminar en dos direcciones: en el diseño de políticas sanitarias de prevención y promoción de la salud y en el establecimiento de prioridades.

Estos acuerdos por una medicina sustentable se deben hacer de un modo explícito. Los uruguayos muchas veces fijamos los límites de un modo tácito, a la manera latina, diferente de cómo suele ser entre los pueblos sajones que hacen explícitos sus acuerdos.

Lo que mostró la doctora Rosana Gambogi es mucho más impactante de lo que se puede decir.

¿Cómo es posible que al FNR le cueste 108 pesos una cobertura de cuatro fármacos básicos para sus pacientes y que si estos los procuran en sus mutualistas terminen pagando 1100 pesos?

Esto es propio de un sistema que está jugado a la enfermedad y no a la salud. En lugar de esto, el sistema debería generar mayores responsabilidades en el cuidado de la salud individual. Se debe establecer incentivos económicos y sociales para que la gente cuide su salud. Esto tiene que ser promovido a través de un diálogo medicina-sociedad.

Son temas complejos, pero hay que ponerlos en la discusión pública aun a riesgo de que se siga matando al mensajero.

Una medicina basada en el mercado sólo empeorará esta situación. Esto es indudable. Es algo que está más allá de los temas que estamos abordando hoy, pero es la discusión en la que deberemos entrar.

En mi opinión el mercado ha sido completamente deletéreo para la medicina.

El planteo de una medicina sustentable no le sirve a la medicina tecnológica, a

quienes nos venden tecnología y a los que practican la tecnología. Es lógico que nos ataquen y que lo hagan los medios que están al servicio de los agentes de esta tecnología. La unión de una medicina tecnológica y el mercado, ha intensificado la creencia que la medicina rescatará al paciente de todas sus debilidades. Esto es lo que define muy bien Callahan como "falsas expectativas" a las que se debe poner límites. "Setting limits" dice Callahan y se trata de algo que se debe hacer. Se debe poner límites a todas estas promesas que nunca se van a realizar.

El mercado no sólo vende tecnología. Vende sueños y esperanzas de sobrevida y salud completas. Los datos mostrados por el doctor Henry Albornoz pusieron en evidencia lo que sucede luego de una fractura de cadera⁴⁸.

Una medicina sustentable debe volver a la vieja medicina que algunos de nosotros conocimos, la de la toallita de hilo, el paciente en la casa y la muerte en la casa. La medicina sustentable debe reducir la dependencia tecnológica, mejorar la relación con el paciente y debe volver a cuidar.

Debemos insistir en que tecnologías de medio camino que salvan la vida pero no aseguran una buena calidad de vida, no sirven.

"Una medicina sustentable debe volver a la vieja medicina que algunos de nosotros conocimos, la de la toallita de hilo, el paciente en la casa y la muerte en la casa. La medicina sustentable debe reducir la dependencia tecnológica, mejorar la relación con el paciente y debe volver a cuidar"

Se debe seguir la evolución de los pacientes luego que se hayan hecho algunas intervenciones sobre ellos para ver qué es lo que se le está devolviendo a la sociedad. Debemos ser absolutamente críticos con nuestros resultados.

¿Qué principios orientan una medicina sustentable?

Debe ordenarse en políticas orientadas hacia el desarrollo de la salud pública y no hacia el beneficio individual, centradas en las enfermedades más comunes, que privilegien la niñez y eviten muertes prematuras.

No estamos diciendo que se debe abandonar a los ancianos, sino que en ellos, más que en nadie hay que privilegiar la atención primaria, la medicina paliativa y cuidarlos en la casa. Nosotros, que desarrollamos la primera área de *home care* en Uruguay, vimos pacientes ancianos internados que demenciaban y perdían calidad de vida.

Hay que ayudar a la gente a ser independiente de los médicos y no dependiente de ellos. Hay que apostar a tecnologías de bajo costo, dar menor prioridad a aquello que beneficia a unos pocos a un alto costo. Hay que ayudar a una gran parte de la población en condiciones de riesgo y racionalizar la tecnología de rescate de pacientes agudos, que es de alto costo.

Por supuesto que habrá muchos a los que no les va a gustar estos planteos.

No hay necesariamente correlación entre el tipo de innovación generada por el mercado y la tecnología que se necesita para mejorar la salud global.

48 - Estudios realizados por el Equipo de seguimientos del FNR mostraron que a 90 días de haberse sometido a artroplastia de cadera el porcentaje de pacientes que tenían una autonomía total era 22,3%, mientras que antes de la intervención era 51,4%. (Ver página 46)

¿Cuánto hace que casi no se investiga en una vacuna para el paludismo, cuando se sabe que esa enfermedad es uno de los cuatro grandes asesinos? Los que tienen paludismo son pobres y quienes desarrollan tecnología no tienen interés en ellos. Por el contrario, la innovación en tecnología médica generada por el mercado se relaciona al deseo de ganancia de las empresas que lo proveen.

Ya lo mostró la doctora Rosana Gambogi. En Gran Bretaña, país que debemos seguir en estos temas, la cesación del tabaquismo determinó 48% de la reducción de la mortalidad coronaria entre 1980 y 2000, mientras que a las angioplastias y bypass les correspondió sólo 3.8% de impacto en ese descenso. El FNR puede cubrir la medicación para 288 pacientes con el costo de 1,8 cirugías.

Díganme dónde hay que poner recursos y por qué en todos estos años no se ha hablado de esto. ¿No será porque en última instancia hay intereses económicos muy grandes buscando que de esto no se hable?

Un trabajo realizado en Gran Bretaña estudió poblaciones de similares características de médicos fumadores y no fumadores. Se hizo el seguimiento de 35.000 nacidos en 1930 durante cincuenta y un años.

El estudio mostró que el promedio de vida de los fumadores es diez años menor que el de los no fumadores y analizó los años de vida de quienes dejaron de fumar.

La investigación concluyó que quienes habían dejado de fumar antes de los 35 años tuvieron igual cantidad de años de vida que los no fumadores.

Los que abandonaron el hábito entre los 35 y los 44 años perdieron muy pocos años de vida respecto a los no fumadores.

Quienes dejaron de fumar después de los 55 años recuperaron 5 años de vida en relación con aquellos que no dejaron de hacerlo y aun vivieron más que los fumadores los que abandonaron el tabaquismo entre los 55 y los 64 años.

Dejar de fumar es una de las mejores estrategias para adquirir vida, mejor incluso que pensar que una angioplastia lo soluciona todo.

Perder peso también lo es. La obesidad es una epidemia en los Estados Unidos, donde pasó de afectar a 23% de la población en 1988 a 30% en 1999. Los pacientes obesos que llegan a las áreas críticas tienen el doble de mortalidad que quienes no son obesos. Se trata de tema importantísimo para atender como lo está haciendo el FNR, a pesar de que en general la gente ve esta enfermedad como una anécdota.

"En este tiempo, el FNR logró disminuir los costos de los insumos mediante el control de las solicitudes de actos médicos, - donde había sin duda ninguna una inducción de la demanda - disminuyó los aranceles, abatió el déficit y generó algún grado de superávit"

Luego de toda esta disquisición teórica, veamos lo que hemos hecho en el FNR. En este tiempo, el FNR logró disminuir los costos de los insumos mediante el control de las solicitudes de actos médicos, - donde había sin duda ninguna una inducción de la demanda - disminuyó los aranceles, abatió el déficit y generó algún grado de superávit.

El FNR debe pagar su deuda con los IMAE y toda deuda que se contrae es ético pagarla. Insisto en esto, porque se llegó a comentar que para qué pagar si los IMAE cobran demás al FNR. Creemos que la deuda que se contrajo se debe pagar. ¿Pero qué haremos en el futuro si el FNR genera superávit?

No aumentar la cuota podría ser una buena solución. Lo hemos discutido y hemos visto que es algo que beneficiaría a todos por igual.

Pero no creemos que beneficiar a todos por igual sea la mejor solución.

Creemos que tenemos que derivar recursos del tercer nivel a la prevención. Pensamos que este es el valor agregado de lo que estamos tratando de hacer. Es algo bastante inédito y nos parece profundamente ético.

Los programas de prevención son éticos, son costo-eficientes y en cinco años revierten en mayores ahorros. Creemos que en medicina es posible obtener mejores resultados con menores gastos, manteniendo principios éticos.

PARTE II.

Panel “El debe y el haber” del FNR

PARTE II.

PANEL “EL DEBE Y EL HABER” DEL FNR

Un segundo momento del seminario “Un modelo de gestión inspirado en la calidad. La experiencia del Fondo Nacional de Recursos”, estuvo dedicado a recibir los aportes de actores externos a la institución y vinculados de diversos modos al sistema de salud.

Expresaron sus puntos de vista sobre el Fondo Nacional de Recursos (FNR) el ex subsecretario de Salud Pública y Director General de Rentas contador Eduardo Zaindesztat, el director de la División Salud y programas sociales de la Intendencia Municipal de Montevideo doctor Miguel Fernández Galeano, presidente del Sindicato Médico del Uruguay (SMU) doctor Marcos Carámbula, dirigente de la Federación Uruguaya de la Salud (FUS) Francisco Javier Amorena, asesor de la FUS y del Plenario Intersindical de Trabajadores – Convención Nacional de Trabajadores (PIT-CNT) economista Daniel Olesker y el diputado electo por el Partido Nacional, Javier García.

Una vez finalizadas las intervenciones, hicieron uso de la palabra el ministro de Salud Pública Conrado Bonilla, y el presidente alterno del FNR Homero Bagnulo.

El debate estuvo moderado por Bagnulo y la doctora Irene Lombide⁴⁹ del Fondo Nacional de Recursos (FNR).

49 - La Dra. **Irene Lombide** es médico internista, diabetóloga y pos grado en Neumología y Tisiología. Es médico asistente del FNR desde 1993, cargo al que accedió por concurso de oposición y méritos. Se ha desempeñado en dependencias del Ministerio de Salud Pública (MSP) y en diversos cargos en el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU). Fue docente en Facultad de Medicina como Asistente grado II de Clínica Médica y Asistente grado II de Clínica de Neumología y Tisiología.

**Dirigente de la Federación Uruguaya de la Salud (FUS),
Francisco J. Amorena⁵⁰.**

**“NOS HAN DEMOSTRADO QUE ES POSIBLE
CAMBIAR EL MODELO, LOGRAR MEJORES
RESULTADOS Y HACERLO CON LOS ESCASOS
RECURSOS QUE TIENE LA SOCIEDAD”**

Estamos participando por segunda vez en debates organizados por el FNR donde se ponen estos temas sobre la mesa. Pensamos que se trata de un esfuerzo muy interesante y que el tema propuesto no se agotará en esta jornada ni en varias. Debemos reconocer claramente que se ven avances (en la gestión del FNR), pero esos avances demuestran los retrasos que existen. También lo que no se dijo en las exposiciones demostró que hay algunas cosas que deben ponerse arriba de la mesa. A lo largo de las exposiciones que se hicieron en la noche de hoy se demostró cómo se pueden hacer otras cosas, cómo se pueden distribuir y administrar recursos. Como usuarios del sistema y como parte del sistema de salud, entendemos que estos aspectos se deben encarar con criterios que tengan presente la ética, la calidad, la eficiencia y la eficacia.

Debe desarrollarse una conciencia muy clara acerca de un tercer actor excluido, el usuario, que en general nunca tiene la posibilidad de opinar y decidir al respecto. A través de la comunicación, el usuario debe comenzar a desarrollar la defensa de sus derechos.

Los criterios de calidad, eficacia, costo y beneficio, no deben estar sujetos a intereses sectoriales.

En este sentido, vemos una clara contradicción entre lo que se hace en un organismo como el Fondo Nacional de Recursos (FNR) y lo que sucede a nivel de la política general de salud.

En el FNR, entidad que tiene una relación directa con el Ministerio de Salud Pública (MSP), se hacen cosas que en el área de las políticas de la salud no se desarrollan. Es un tema acerca del que hablamos con Eduardo Zaindesztat cuando fue subsecretario de Salud Pública y discutimos en otras jornadas un año atrás.

Hemos pasado largo tiempo discutiendo diversos aspectos y concluimos que, en general, teníamos acuerdo en los diagnósticos y en algunos caminos que se debían tomar, pero a la hora de resolver y de definir políticas, pasan las cosas que han estado pasando y que nos han demostrado a lo largo de esta noche.

50 - El dirigente sindical **Francisco Javier Amorena**, es subjefe administrativo en el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU). Integra el Consejo Directivo de la Asociación de Funcionarios del CASMU (AFCASMU) y la Comisión de Programa de la Federación Uruguaya de la Salud (FUS). Fue miembro del Secretariado Ejecutivo de la central sindical de Uruguay, el Plenario Intersindical del Trabajadores - Convención Nacional de Trabajadores (PIT-CNT) entre 2001 y 2002 y del Consejo Central de la FUS (1999-2001).

Esta noche, también nos han demostrado que es posible cambiar un modelo y lograr mejores resultados que los que tenemos actualmente con los escasos recursos que tiene la sociedad en este momento. Reconocemos que se trata de un elemento importante porque muestra que es posible hacer cambios, que hay alternativa para gestionar de otro modo.

Seguramente, y el doctor Homero Bagnulo lo señaló, eso va en contra de una serie de intereses que están en la realidad de nuestro sistema, donde el incentivo económico o, para decirlo gruesamente, la coima, existe, corre y se manifiesta de diferentes formas. Ha habido ejemplos de situaciones que han estado en la opinión pública y que demostraron que eso pasa y, lamentablemente, nuestra sociedad no ha generado los anticuerpos para combatirlo. A nivel público se deben definir políticas de Estado en referencia a estos temas.

La gestión del FNR demostró que se puede hacer. El Ministerio de Salud Pública (MSP) y los poderes públicos deben actuar en este sentido.

Vamos a dejar un tiempo para que el economista Daniel Olesker se refiera a los elementos que consideramos que deben orientar el sistema de salud, cuáles son los recursos, donde se deben destinar y de qué manera y hacerlo en un modelo diferente, evitando que haya ciudadanos de categoría A y de categoría B para la asistencia médica en nuestro país.

EXPOSICIÓN EN LA JORNADA GESTIÓN DE CALIDAD

FRANCISCO JAVIER AMORENA⁵¹

Introducción

Agradecemos la invitación a participar en este evento sobre "un modelo de gestión basado en la calidad". Creemos que es un esfuerzo muy interesante y es un tema que no se agota en una exposición y sobre el que ha habido múltiples puntos de vista y los seguirá habiendo.

Es de suma importancia generar espacios de intercambio y conocimiento de opiniones e información que nos aproxime no solo a la discusión sino esencialmente a crear conciencia sobre experiencias concretas que permitan a la sociedad toda, formar opinión y esencialmente que contribuyan a la toma de decisiones en momentos de tantas dificultades que nosotros caracterizamos de crisis estructural.

Hoy queremos exponer una mirada desde la visión ética, centrados en una aproximación desde el punto de vista del usuario, como usuarios que somos del sistema.

51 - Amorena complementó su intervención en el debate con el texto que se transcribe.

Ética, calidad, eficacia, eficiencia

El desarrollo de una conciencia más clara de la práctica médica y los factores que inciden en ella, lleva a que la misma esté en permanente debate público. Este debate, en tanto se asuma con compromiso y honestidad posibilitará la construcción de un nuevo marco ético y de un nuevo sistema de salud para la población. La calidad, eficacia, costos y beneficios no deben estar sujetos al juego de intereses de cada sector, sino que deben ser parte de una evaluación objetiva, subjetiva e integral de los servicios que se brindan.

La dimensión ética de la vida humana, las posibilidades de conocer y transformar nuestro patrimonio genético, desde la procreación, el transplante de órganos hasta la prolongación artificial de la vida, abarca los deberes y derechos de quién cura o previene las enfermedades y de quién es el objeto – sujeto de tales intentos.

El condicionamiento impulsivo, no es propio de la lógica científica, sino que se basa en la prevalencia de las ciencias del dominio sobre las ciencias del mejoramiento de la naturaleza, que trae consigo e impulsa a quemar etapas más allá de lo necesario y controlable.

Estas tendencias que exaltan los criterios eficientistas que impulsan la ventaja económica, producen la violación de la dignidad humana y seguramente dan resultados económicos (que alguien paga) pero que no es bueno para orientar la relación entre la ciencia y la vida.

Esto es así, porque la vida cotidiana en el ámbito humano, se presenta desde complejas variables a los fines de la observación, contradictoria respecto a los progresos de la ciencia, conflictiva para quien es capaz de distinguir conciente e inconscientemente la contradicción entre la prédica y la práctica de la moral. Influye en esta situación, la orientación de la ciencia actual y sus aplicaciones de dar preferencia a las tecnologías duras basadas en el dominio de la naturaleza frente a la regulación de la misma, prevalencia de medios e instrumentos degeneradores, ante la elección de métodos que respeten o favorezcan en sentido evolutivo, los equilibrios preexistentes, predominio de la tecnología hospitalaria de avanzada frente a la atención preventiva y progresiva a nivel primario.

Ética, escasez recursos o injusta distribución

Entendemos la ética y la moral como responsabilidad colectiva hacia la vida en el planeta en sus más variadas manifestaciones. Se entrelaza con la política, las opciones productivas y los intercambios técnico-científicos, con la justicia, las necesidades y las costumbres, esto implica que asumamos claramente los conceptos de libertad- responsabilidad y las capacidades humanas orientadas hacia lo constructivo, en que la ciencia, la ética, el derecho y la política,

a través del principio de solidaridad, nos brinden la esperanza de construir alternativas para el conjunto de la sociedad.

Creemos que la ética debe ser una guía en la selección entre distintas opciones para alcanzar metas en diferentes aspectos de la vida social. La humanidad tiene a su disposición los conocimientos y recursos productivos suficientes para enfrentar los flagelos que acompañan a nuestra especie, como el hambre y las enfermedades, pero no logramos evitarlos.

Por otra parte, el mundo físico y biológico se encuentra en alto riesgo de integridad siendo, la ciencia, la tecnología, la política y la economía los instrumentos para evitarlo.

En este enfoque, surge con fuerza el papel de la bioética, que debería orientar las grandes líneas de acción para resolver los problemas planteados en relación a la existencia humana y al equilibrio de los seres vivos en el planeta.

En el área de la salud, muy a menudo, la bioética se utiliza como soporte de las corrientes economicistas, para fundamentar la distribución de recursos en este campo. Desde nuestra óptica, esta debe ser el sustento de la totalidad del universo de la salud cotidiana, para resolver el dilema de *"salud para todos"* en contraposición a la realidad de *"salud para pocos"*.

El continuo proceso de medicalización de la sociedad y la vida, con la consecuente mercantilización de la medicina, significa un dilema a resolver, en tanto tienen una influencia determinante sobre la salud de la población y del individuo. El *"derecho a la salud"* debe dejar de ser una aspiración en el plano teórico para transformarse en parámetro ético que proteja al hombre sano, tratando y rehabilitando al enfermo para la recuperación de la plenitud de sus facultades, para lo cual el centro de la discusión, debe estar en la eficacia tanto de las terapias individuales como de sus consecuencias sobre el conjunto de la población.

Es un tema de debate permanente como se destinan los recursos, tanto para la salud como dentro de la organización sanitaria. Ha predominado el concepto de escasez de recursos cuando la mayoría de las veces se trata de una cuestión de prioridades en las políticas públicas. A esto se le suma la asignación de recursos según criterios no éticos de distribución en salud.

Entendemos que una ética redistributiva en recursos en salud debe basarse en el criterio de prioridad preventiva. Esto es así en tanto contribuye en forma decisiva a la promoción de la salud, tanto para los cambios en las condiciones objetivas de existencia como para proporcionar conocimientos y estímulos que favorezcan comportamientos saludables. Se lograría así la disminución de los costos asistenciales posibilitando revertir la sobrespecialización médica enfrentando eficazmente la presión por la alta tecnología y los fármacos costosos.

Remuneraciones y práctica médica

Hemos sostenido históricamente el criterio de la justa remuneración.

Discutimos con la dirección del gremio médico ésta postura (año 1999) y las

consecuencias que, desde nuestro punto de vista, tendrían los cambios en los criterios de remuneración de ciertos actos médicos, tanto desde el punto de vista de la práctica médica como sus consecuencias hacia el sistema de salud y la práctica sindical.

Creemos que después de una década existe suficiente evidencia para reafirmar una pacífica y platónica propuesta (pacífica mientras sólo sea una propuesta) de aplicar el criterio de remunerar la práctica médica, a la manera de una antigua dinastía china, en que se contabilizaban los pagos por personas sanas, deduciéndose del mismo los enfermos o que no se lograban curar mediante el arte médico.

Como integrantes del equipo de salud nos sentimos obligados moral y éticamente a exigir medidas colectivas que aseguren la justa remuneración como así también a recordar que mucha razón le asistía a George Bernard Shaw cuando advertía en su libro *"El dilema del Doctor"*: *"No es culpa de nuestros doctores si los servicios a la comunidad en la forma en que son prestados actualmente, constituyen una aberración homicida. La circunstancia de que cualquier nación sana y equilibrada, al haber observado que se puede asegurar el pan incentivado a los panaderos con un interés pecuniario para proveerlo, pueda continuar ofreciendo una ventaja monetaria a los cirujanos por amputar una pierna, es suficiente para llevar a la desesperación sobre la humanidad política. Pero es exactamente eso lo que hemos hecho. Y cuanto más espantosa es la mutilación, mejor pagado es el mutilador... opiniones escandalizadas murmuran que las operaciones son necesarias. Es probable. También puede existir la necesidad de ahorcar a un hombre o demoler una casa. Pero nosotros nos cuidamos muy bien de ser el verdugo o el destructor, jueces en estos casos. Si lo hiciéramos, de ahí en más, ningún cuello estaría seguro, ni ninguna casa, estable"*.

Hoy día, creemos que no es el problema la manera de remuneración -exclusivamente y/o en sí mismo- lo que nos exige buscar una solución. Desde nuestro punto de vista, el problema central está en el modelo de atención y las derivaciones que éste tiene tanto en los costos como en la eficacia.

Los estudios realizados por el Poder Ejecutivo a través de diversas consultoras, las investigaciones realizadas por el Sindicato Médico del Uruguay (SMU) y la Federación Uruguaya de la Salud (FUS) a través del Instituto Cuesta Duarte, sin duda nos posibilitan obtener una visión comparada acerca de las teorías y las paradojas, como también constatar las influencias y consecuencias de las remuneraciones en los resultados asistenciales y en los parámetros de calidad, eficiencia, efectividad de la práctica médica y los restantes integrantes del equipo de salud.

Creemos que no existen modelos perfectos en tanto estos son el producto de una construcción humana y por suerte los humanos no somos perfectos pero sí perfectibles.

En el año 2002, la FUS expresaba su punto de vista sobre la situación del FNR en relación a algunos aspectos que tiene que ver con los criterios de manejo

de una experiencia que es cara a los uruguayos y que desde hace algunos años se han manifestado síntomas de crisis en su funcionamiento. En este sentido establecíamos una guía para la acción respecto a un debate que posibilitara hacer extensiva la introducción de pautas éticas en la distribución de recursos en el sistema de salud.

"La evolución demográfica y epidemiológica ha influido fuertemente en las prestaciones que cubre el FNR, con el agravante de que el modelo de salud es fundamentalmente curativo y no se realizan acciones preventivas por parte del sistema de salud ni como política del propio FNR.

Es por demás evidente que aún considerando los factores demográficos y epidemiológicos, el crecimiento en la utilización de procedimientos cubiertos por este, ha jugado un papel preponderante la demanda inducida en virtud de una irracional oferta de servicios sin condicionamientos en la financiación de los mismos.

Inexistencia de una política en materia de tecnología médica y de criterios de inclusión y exclusión de posprocedimientos de Medicina Altamente Especializada en que han jugado un papel preponderante los proveedores de servicios e insumos en detrimento de criterios que le dieron origen y de la protección de los usuarios. No existiendo un criterio de protocolización y el criterio de condición-tratamiento y su relación costo-efectividad".

"En los últimos años ha crecido el número de procedimientos que no tienen una sustentación en la evolución de la transición demográfica ni en el crecimiento poblacional, dicha evolución al alza se acentúa cuando debido a dificultades financieras del Fondo se decide ajustar los procedimientos de autorización y retraso en las fechas de pago, con la consecuencia de aumento del gasto total.

En materia de acreditación no existe una práctica en el sistema de salud uruguayo (aquí es atadito con alambre y gracias), lo que realiza Comisión Honoraria Administrativa del FNR es autorizar lo que se le documenta como habilitado por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP), limitándose hasta el momento a controles desde el punto de vista burocráticos que no permite contar con información veraz de las condiciones de cada IMAE.

Es paradójico que analizada comparativamente la información de pago por técnica con otros países se encuentren disparidades que no tendrían justificación, no puede tenerse acceso a la información de la estructura de costos de los IMAE por ser esta reservada, debería realizarse una revisión de esta traba ya que en sí misma encierra un elemento que no es aceptable desde el punto de vista del interés colectivo, favoreciendo al grupo de intereses corporativos de los prestadores de servicios que hoy se encuentra cuestionado".

Cómo definir prioridades

Mucho se discute sobre como establecer las prioridades en la inversión de los recursos destinados a servicios de salud. Estos recursos resultan insuficientes debido a los cambios sociales: envejecimiento, crecimiento no controlados de nuevos servicios, etc.

Ante estas situaciones, es responsabilidad de quienes trabajan en el área de la salud, independientemente de la ubicación profesional enfrentar el discurso dominante sobre el concepto de "escasez".

Es aquí que cobra importancia central y con alto contenido ético-moral la concepción de medicina preventiva, tema que todos (los actores del sistema) reconocen y aceptan de palabra.

Hasta el momento para desgracia del ser humano y la sociedad, la media de inversión internacional en prevención se ubica entre 0,75% y 2,5% de los presupuestos de salud.

El desarrollo e implantación de esta política seguramente no enriquece a los que buscan el lucro en la salud pero significaría un avance de importancia para la sociedad en su conjunto. Esto supone lograr los máximos resultados con el mínimo de medios, incentivando en contrapartida la participación activa del destinatario de las acciones de salud.

Dentro de esta orientación, el compromiso de los integrantes del equipo de salud cobra una importancia relevante en tanto, desmitifica a través de la información y formación en la participación responsable, en el cuidado de la salud. Esto supone asimismo el desarrollo de una conciencia convergente entre el Derecho a la salud y el deber de participar para promoverla y mantenerla"

Una apuesta a la esperanza

Debemos indicar que lo expresado en los párrafos anteriores ha sufrido modificaciones a partir de nuevas definiciones que tienden a corregir algunos de los aspectos señalados, que entendemos deberán profundizarse y extenderse al conjunto del sistema de salud. En que organización, coordinación, evaluación, eficacia-eficiencia y control deben ser inherentes a un sistema que funcione dentro de parámetros éticos, equitativos, universales, oportunos y solidarios para atender uno de los derechos humanos como es la salud.

Entendemos que según la información suministrada previo a este encuentro, se han realizado avances interesantes por parte de las autoridades del FNR en relación al fortalecimiento del mismo y en la implantación de mecanismos de gestión, coordinación y control. Asimismo creemos que esto no está acompañado adecuadamente de políticas generales en materia de transformación del sistema de salud de nuestro país, hecho este, que relativiza los esfuerzos que

hoy reconocemos y nos consta que se intentan profundizar teniendo en consideración que se impulsa el desarrollo de una política en el área pública de atención primaria en salud.

Para finalizar haremos una apuesta al futuro, reafirmamos nuestro compromiso con los cambios y saludamos los esfuerzos que desde distintas áreas se realizan hacia las transformaciones del sistema. También con la misma convicción, que no cesaremos en señalar todo aquello que solo signifique "buenas intenciones" que solo confunden al ciudadano que recepciona las mismas, mientras a su alrededor el sistema se deteriora día a día.

Dr. Marcos Carámbula⁵².

Presidente del Sindicato Médico del Uruguay (SMU).

EN UN PAÍS “TRANCADO” LA EXPERIENCIA DEL FNR “DEMUESTRA QUE LOS CAMBIOS SON POSIBLES; QUE ES POSIBLE UNA REFORMA EN SALUD”

Comienzo destacando en el “haber” del FNR este planteo absolutamente removeedor que hemos escuchado hoy y que hemos venido escuchando en todo este tiempo y que logra ser una experiencia removedora no sólo desde la teoría, sino desde la gestión. Cada vez se plantea con mayor intensidad en el mundo y particularmente en los países desarrollados, lo que escuchamos esta noche acerca de cómo la demanda y la oferta en salud crecen con una rapidez mucho mayor que los propios recursos que se pueden disponer para salud. Así, los gastos en salud son cada vez mayores, sin que esto signifique mayor eficacia.

¿Por dónde se pueden plantear las soluciones a ese crecimiento en los gastos en salud? ¿Acrecentar los recursos, limitar las erogaciones públicas o gastar mejor?

Pensamos que el tema principal es la regulación. Se trata del centro del debate y por donde nosotros enfocamos nuestra participación en el “debe” y el “haber” de la gestión del Fondo Nacional de Recursos (FNR).

¿La regulación debe estar confiada exclusivamente al mercado? ¿Al Estado? ¿Debe acordarse en una negociación en la que participe activamente el Estado, los actores, los intereses, y no exclusivamente el mercado?

Estas reflexiones deben hacerse analizando necesariamente el contexto económico, porque determina lo que sucede en la salud.

Ejemplo de cómo el contexto económico determina lo que sucede en los sistemas de salud, es el incremento del gasto en salud que se observa en los países de la Unión Europea, que tienen moneda única, gastos sociales cada vez mayores, gastos en la fuerza de trabajo que hacen perder competitividad a la región, lo que a su vez genera otro tipo de discusión.

Para analizar el “debe” y el “haber” desde un punto de vista filosófico, referido a la eficacia y a cómo concebimos el desarrollo de la salud, señalamos que concebimos la salud como un derecho y como un bien público. Y es desde ese punto de vista que vamos a analizar el “debe” y el “haber” del FNR.

52 - El Dr. **Marcos Carámbula** es médico y especialista en neumología y alergia. Desde 2003, preside el Sindicato Médico del Uruguay (SMU), gremial de la que fue Secretario Ejecutivo entre 1985 y 1987. Fue Presidente del Comité organizador de la VII Convención Médica Nacional realizada en 1984 y de la Comisión Intergremial Médica. Fue delegado de la Asociación de Estudiantes de Medicina en el Comité Ejecutivo del SMU. Entre 1990 y 1995 fue diputado, electo por el Encuentro Progresista - Frente Amplio. Es autor de la iniciativa que dio lugar a la ley de creación de la Comisión Honoraria del Lucha contra el Cáncer.

No podemos concebir la salud sujeta a las leyes del mercado, como ha sucedido en nuestro país en forma dominante durante los últimos 20 años.

Los datos del país y otros más generales muestran que el paradigma del mercado en la salud, las leyes del mercado, no aseguran mejor calidad de asistencia. Y no solo desde el punto de vista filosófico, sino desde la visión de la eficacia. Según datos publicados en una edición del *Journal of the American Medical Association (JAMA)* de 2000, en Estados Unidos, paradigma del modelo del mercado en la salud, la gestión médica es la tercera causa de mortalidad, al tiempo que en materia de tecnología, este país ocupa el primer o segundo lugar dependiendo del área que se considere.

Estados Unidos se ubica en el lugar decimotercero en un ranking que tiene en cuenta el desempeño en índices fundamentales de mortalidad infantil, potencial de vida y causas evitables de muerte en los países desarrollados. Es prácticamente el último de esa lista.

Esto muestra que la tecnología guiada por el mercado, no asegura, ni mucho menos, la eficacia en materia de salud.

Esto va unido al concepto de la necesidad de la regulación, aspecto que queremos señalar como el "haber" del FNR.

Lo que conocimos por las publicaciones del FNR y nos explicaron a lo largo de este seminario, el haber pasado de un déficit tan significativo como el que se mostró al equilibrio manteniendo al mismo tiempo un nivel de permanente preocupación por la calidad, está indicando que en nuestro país hay caminos y posibilidades para gastar mejor en salud.

Esas posibilidades se basan en el seguimiento de criterios desarrollados en el seminario: la indicación bien hecha, procedimientos correctamente realizados, evaluación de los resultados, orientación preventiva. Este un camino para pasar del déficit al equilibrio.

Habrà que precisar en qué medida ese equilibrio es sustentable, permanente y continuo. Sin duda habrá que recorrer un camino de discusión en torno a la financiación, la fijación de precios, los resultados.

Otro concepto que quiero destacar en el "haber" de esta gestión y que puede ser una referencia también para el país, son las auditorías.

Es de las cosas más importantes que se está poniendo en marcha y está mostrando que es posible desarrollar un sistema de segunda opinión, acreditación e información. Para poner en el "debe", porque me parece que debemos ser también francos en el momento de la discusión, está el fortalecimiento de los institutos de medicina altamente especializada (IMAE) públicos. Los IMAE públicos se están desarrollando y se observa un pequeño porcentaje de crecimiento del número de actos médicos autorizados por el FNR a pacientes provenientes de este sector. El tema fue planteado, pero lo señalo para ser francos en este momento de la discusión. Quisiéramos que los IMAE públicos tuvieran una gestión mucho más sustanciosa.

La necesidad de corregir el desigual acceso a la medicina altamente especializada, es otro punto que vemos en el "debe". La relación que se observa es que prácticamente por cada tres usuarios del sector privado que acceden a la medicina altamente especializada lo hace uno proveniente del sector público. Seguramente habrá múltiples factores para explicar esto, pero es una realidad que tendremos que pensar en el futuro.

La necesidad de promover el involucramiento y participación del médico en el proceso de reforma es algo que en tanto representante del SMU, quiero subrayar en el "debe". Coincidiremos en que no hay reformas hechas solamente por los médicos y que los cambios no deben ser impulsados por los médicos en una actitud vanguardista. Pero también creo que todos estamos de acuerdo, que no hay reformas sin los médicos participando.

La estrategia de comunicación que se nos ha mostrado y las mil variantes a través de las que se procuró la comunicación con la población, la opinión pública y la comunicación amigable con los colegas, que sabemos que se está haciendo, pensamos que se debe multiplicar. Propondría un paso más allá de la comunicación que es la participación.

Así como pensamos en la participación ciudadana en el rol de asegurar su derecho a la salud, nos parece que en este tema es vital el involucramiento y la participación del médico y sobre todo del médico de la primera línea.

Estamos de acuerdo con el planteo del FNR de derivar recursos desde el tercer nivel de asistencia al primer nivel. Ese proceso debe tener un eje sustancial que prevea la participación de la población y del médico de la primera línea. Todo esfuerzo que se haga en ese sentido nos parece sustancioso.

Esto lo ubicamos en el "debe", porque en la medida que el FNR toca y confronta intereses – y todos somos conscientes de que esto ha sido parte de las dificultades que se han planteado en todo este tiempo–, la opinión pública se posiciona frente a esta confrontación de intereses. El conjunto de los 12.000 médicos del país integra esa opinión pública. Pero, en la medida que la comunicación llega a través de los medios sólo como una confrontación de intereses, el médico a veces queda como involucrado.

Esto sucede a través de los mensajes que emiten los medios de comunicación o quienes acceden a ellos.

Lo que hace el FNR es muy importante desde la perspectiva de un proceso de acumulación de fuerzas para lograr el cambio al que me referiré más adelante.

El FNR muestra que el cambio es posible y que lo hace posible con esta gestión.

Lograr que el médico de primera línea participe en ese proceso de acumulación para el cambio tan activamente como los médicos de las auditorías, de segunda opinión y los médicos especializados, es un desafío.

Algunos de los planteos que hizo el contador Dante Giménez los hemos discutido con nuestros compañeros asesores del SMU y con el economista Luis Lazarov

Hemos estado hablando de la necesidad de definir los equilibrios. Hay que pensar en la transferencia del riesgo financiero hacia los prestadores manteniendo y fortaleciendo el control de calidad del FNR.

Entendemos que hay que estudiar el tema de la modalidad de pago.

Hay que pensar en un rediseño de la constitución de la dirección del FNR, para que este equilibrio que se ha logrado no sea sólo fruto de lo hecho en una gestión, que a nuestro entender ha sido fundamental y decisiva, sino que asegure en forma institucional la permanencia del equilibrio.

Habrà que pensar en una universalización del FNR en función de cómo estemos pensando el financiamiento de todo el sector salud.

El paso que ha dado el FNR hacia el primer nivel y la prevención de los riesgos que involucran a la medicina del tercer nivel, nos parece extraordinario como estrategia

de cambio y lo contamos en el "haber" del FNR. Pensamos que puede ser una estrategia de cambio para el resto del sistema de salud. Nos parece sustancioso y creemos que debemos comprometernos todos en esto.

Pero lo más significativo que querríamos subrayar en el "haber" es que en un país trancado, en el que permanentemente afirmamos que los cambios no son posibles y en el que decimos que abusamos de los diagnósticos, hay una experiencia que demuestra que los cambios son posibles y que es posible una reforma en salud. Hay una experiencia que demuestra que es posible realizar una gestión equilibrada, exitosa desde el punto de vista económico e innovadora en materia de valores, de proyección y de filosofía en salud.

Nos parece que se trata de una referencia imprescindible a la hora de apostar a dónde van los recursos de un país pobre como el nuestro y de qué manera se aprovechan.

Cuando se dice que el cambio en salud no es posible, a nuestro entender, esta experiencia muestra que el cambio es posible y sustentable.

El cambio será sustentable en la medida en que acumulemos en torno a esta experiencia y a una propuesta de cambio general del sistema de salud, modificando su modelo.

No dejando que sea el mercado el que regula, sino procurando que haya un poder regulatorio orientado por el concepto de derecho a la salud y de la salud como un bien público. La batalla para una posible reforma del sistema de salud se juega allí. Quiero señalar la necesidad de un compromiso de todos los actores del sistema en la promoción de un involucramiento ético de la sociedad en torno a las definiciones de salud. Con sus "debes" y "haber", esto es algo en lo que el FNR hace punta.

No es sólo desde la posición asumida por un organismo que deben definirse estos temas, sino que debe hacerse a partir de un acuerdo de la sociedad en torno a la atribución y a la asignación ética de los recursos. Ese es un enorme desafío que tenemos todos los actores en salud.

Dr. Miguel Fernández Galeano⁵³.

**Director de la división Salud y programas sociales
de la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM).**

EL GRAN “HABER” DE ESTA GESTIÓN FUE MOSTRAR QUE “ES POSIBLE CONTROLAR Y FISCALIZAR”

El análisis de la experiencia del Fondo Nacional de Recursos (FNR) nos lleva a reflexionar en primer lugar, que más allá del enorme rigor técnico que tuvieron todas las presentaciones hechas en este seminario, lo principal de esta discusión es de carácter político.

Es indiscutible que para poder tomar decisiones políticas que supongan reorientar un instituto como el FNR es imprescindible contar con el rigor y la sistematización del análisis científico y académico, tal como lo ha hecho el FNR. Pero ésta no es una discusión técnica, sino una discusión política y de voluntad política.

La situación del FNR no se puede analizar en forma aislada del resto sistema de salud en su conjunto y quizá esta noche faltó ese enfoque.

Ver los cambios que se han realizado en el FNR como un fruto adelantado, de lo que puede ser la totalidad del sistema viene bien pero se debe discutir sistemáticamente el conjunto del sistema. Eso puede darnos algunas sinergias, algunos flujos y algunas potencialidades imprescindibles.

Desde este punto de vista, observamos que emergieron con mucha fuerza los dos grandes problemas que tiene el sistema y que evidencian la situación de colapso que lo afecta: el problema de la equidad y el de la sustentabilidad institucionalidad. Para abordar estos problemas es necesario evitar caer en un fatalismo que nos lleve a bajar los brazos y a pensar que luego de los años que llevamos de crisis no es posible realizar cambios.

La crisis que afecta al sistema no se generó en los últimos dos años. No es una crisis de la última administración del MSP o de la anterior. Es una crisis que se ha venido colocando estructuralmente y frente a la cual, en cierta medida, el conjunto del sistema político y la sociedad han mirado para otro lado.

Quizás en el punto más profundo de la crisis ha llegado la hora de plantearse soluciones fuertes, radicales, que vayan a una solución a fondo y a un cambio radical del sistema de salud. El cambio supone desarrollar una triple estrategia procurando el cambio en el modelo de atención, de gestión y de financiamiento.

¿Qué hay en el “debe” y el “haber” del trabajo de los últimos años del FNR?

53 - El Dr. **Miguel Fernández Galeano**, es médico epidemiólogo y postgraduado en Administración de Servicios de Salud. Es Director General de la División Salud y Programas Sociales de la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM), cargo que ocupa desde 1995.

En el haber, ha dejado la evidencia de que es posible detener del desfinanciamiento crónico y progresivo tomando medidas.

La economía no es implacable ni avanza en un sentido que no se puede parar. Si eso es así, es porque hay voluntad política para que así sea. La economía la hacemos los hombres, la hace la política.

No es una cosa que se desarrolla de manera inercial. Se deben superar las inercias institucionales.

Sobre todo se debe enfrentar intereses. Sobre esto no me voy a extender porque el Dr. Homero Bagnulo lo hizo de manera muy contundente aquí y recientemente en una mesa realizada en el marco de la VIII Convención Médica Nacional.

Cuando el mercado se internaliza, se introyecta en la salud, ésta pasa a ser una mercancía que se compra y que se vende y un ámbito en el que los actores del sistema se benefician del lucro en la salud. Es en este marco en que aparece la responsabilidad del control y la fiscalización. Este es el gran haber de esta gestión. No digo que se haya alcanzado la totalidad de los controles necesarios y pienso que hay espacio para crecer y consolidar ese proceso. Pero haber mostrado que es posible controlar y fiscalizar, es un elemento destacable.

Controlar y fiscalizar supone entrar en un conflicto de intereses y, a veces, supone enfrentar intereses muy poderosos.

En muchos temas sostengo que es imprescindible seguir teniendo memoria, pero en el tema de los que se beneficiaron con la entrada del mercado en el sector salud quizás tengamos que darnos una tregua y asumir que lo hecho, hecho está, pero tendremos que tener una conducta absolutamente clara para actuar en el futuro. El que se enriqueció, compró árboles u otras cosas y trasladó beneficios del sector salud hacia otros lugares -lo que le fue permitido por el sistema- ya lo hizo. No tenemos herramientas legales y creo que ni éticas, para intervenir sobre algo en lo que el Estado tuvo una responsabilidad muy clara. Pero para el futuro sí tenemos una responsabilidad indelegable de trabajar con mucha claridad.

Lo que se ha planteado aquí es cambiar el paradigma de la eficiencia que nos propone el mercado, por el paradigma de la eficiencia social. La eficiencia social es muy distinta a la del mercado y la del lucro, porque mira desde la perspectiva del rol de un Estado que defiende el interés colectivo y la justicia redistributiva, como dijo el Dr. Homero Bagnulo.

Partimos de un paradigma que concibe a la salud como un derecho humano esencial e impostergable, como un bien público y derecho de ciudadanía.

Concebir la salud como un derecho de ciudadanía es lo que convoca a transitar uno de los caminos que está recorriendo el FNR y que entiendo fundamental para construir la viabilidad de los cambios.

Los cambios no se consiguen sólo con valentía personal o institucional, se construyen consolidando hegemonías suficientes en la sociedad que permitan cambiar lo que pasa en la salud.

En este sentido, la estrategia de comunicación es un elemento fundamental. Estoy de acuerdo con el Presidente del Sindicato Médico del Uruguay (SMU) Dr. Marcos Carámbula en que la estrategia debe incorporar la participación directa de los trabajadores de la salud, los usuarios y toda la sociedad en el control del sistema de salud.

En el camino de la reingeniería del FNR me parece fundamental fortalecer los institutos de medicina altamente especializada públicos.

Cuando hemos comentado el funcionamiento del FNR, con directores de salud de otros países, preguntan de inmediato quién implementa. Cuando decimos que son actores privados, sonríen y comentan que seguramente el FNR debe estar muy tironeado, muy ordeñado.

Esto es algo que tenemos que decir con total claridad. Mirando para adelante y sin negar todo lo que puedan tener de positivo los actores privados, el desarrollo de los institutos de medicina altamente especializada de carácter público será una cuestión fundamental en una estrategia de reorientación del sistema.

Es necesario ensamblar el FNR al rediseño general de un sistema nacional integrado de salud y consolidar y profundizar los procesos de evaluación de la calidad y de costo-efectividad que se están poniendo en marcha.

Promover la atención en el primer nivel quedó expresado hoy en forma contundente como un objetivo a lograr y no hay mejor defensa de la estrategia de atención primaria de salud que mostrar alguno de los datos que hoy se presentaron.

El otro día recibí la visita de una delegación de la Sociedad de Nefrología en mi despacho para ver qué podía hacer el primer nivel de atención municipal en el tema de la salud renal.

A partir de esta visita, me interesa expresar algo que podrá ser un poco provocativo pero que no me lo quiero quedar dentro. Datos publicados sobre uropatía obstructiva demuestran la necesidad de intervenir contundentemente, precozmente, oportunamente y pertinentemente, en esa patología muy frecuente y muy prevalente en la población adulta. Sin embargo en este país de la hiperespecialización, para ser urólogo hay que esperar a que haya un urólogo menos. Esto es parte de los problemas que tenemos cuando formamos a los recursos humanos en salud.

Dr. Javier García⁵⁴. Diputado electo por el Partido Nacional.

“NO SIRVE MÁS” QUE PARTICIPEN EN LA ADMINISTRACIÓN DEL FNR LOS QUE, AL MISMO TIEMPO, OFRECEN LOS SERVICIOS

No vengo como médico a participar en este panel, vengo como político y es en esa calidad que voy a decir las cosas que estimo que debo decir.

La necesidad de preservar el sistema es la primera definición que hay que subrayar. La segunda es la necesidad de hacer efectiva la universalidad del sistema

Si desde hace años se viene dando que de 100% de actos que financia el FNR 25% son intervenciones hechas a pacientes que provienen del sector público y 75 % a pacientes del sector privado, se puede concluir que más de la mitad de los uruguayos que son usuarios de los servicios asistenciales públicos son más sanos que los usuarios del sector privado. También puede suponerse que las personas que se asisten en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) tiene características genéticas que las hacen más enfermas que las otras. Si no es ni una cosa ni la otra, entonces hay vivos en el camino.

Esto se viene dando desde hace años y según lo que pude leer en trabajos del FNR, esa diferencia se mantiene.

La necesidad de redefinir el concepto de alta tecnología es el tercer punto que quiero señalar.

En un mundo que duplica su conocimiento cada cinco años parece un poco fuera de lugar que Uruguay mantenga la misma definición de alta tecnología de hace 30 años. Como en un tiempo creí en los consensos pero ya no creo más, ahora creo en los liderazgos, estimo necesario que los que dirigen impulsen un código de ética con el que deberán estar de acuerdo todos los actores involucrados en el proceso.

La discusión sobre la naturaleza del efector, me parece un tanto antigua. Con el mayor de los respetos sobre todo para el ex subsecretario de Salud Pública Eduardo Zaindesztat, ese debate me parece un poco batllista de más.

Al paciente no le interesa si el que maneja la máquina viene del sector público o del sector privado, le interesa que la maneje bien.

Sé que tenemos diferentes formas de pensar, pero plantear que es buena cosa potenciar los IMAE públicos y no los privados me parece fuera de lugar. A de principios del siglo XXI, la discusión es acerca de la gestión, que sea eficiente y eficaz.

La solidaridad intergeneracional está establecida en función de reforzar los derechos individuales, nunca contraponiéndose a los derechos individuales. La discusión entre el fundamento del sistema basado en la solidaridad intergeneracional versus

54 - El Dr. Javier García es médico pediatra. Fue diputado por el Partido Nacional entre 1995 y 2000, período en el que presidió la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes en dos oportunidades. En octubre de 2004 fue electo diputado de su partido por el departamento de Montevideo para el período 2005 – 2010.

los derechos individuales, que expuso el presidente alerno de la Comisión Honoraria Administradora del FNR, Dr. Homero Bagnulo, me parece peligrosísima.

Un ejemplo claro de esto es la seguridad social basada en el fundamento de la solidaridad intergeneracional. El sistema de seguridad social está hecho para reforzar el derecho inalienable del individuo de asegurarse un retiro y no para contraponerlo a un derecho humano.

¿Quién establece qué es solidario y qué no? ¿Se define por votos? ¿En base a qué tipo de principios se define? Cuidado. Cuando uno afecta un derecho puede estar afectando cosas que pueden volver insostenible la convivencia en democracia. En lo posible trato de evadirme de los que suplen los derechos individuales por los derechos colectivos, cuando no, de aniquilarlos cívicamente.

Llegó la hora de rediscutir la administración del FNR. Me parece que tiene una estructura institucional apta para el siglo XX pero no para el siglo XXI. Que participen en la administración quienes al mismo tiempo ofrecen los servicios, pudo haber servido para un momento de la vida del país, pero ya no sirve más.

Dejo una idea absolutamente loca en el aire: hay que ir pensando en establecer unidades reguladoras, como se hizo con la energía, el agua y las comunicaciones; de modo tal que quienes sean parte o son protagonistas en el sistema como prestadores de servicios, no puedan estar al mismo tiempo fijando reglas y códigos que regulan la prestación de esos servicios.

Economista Daniel Olesker⁵⁵.

**Asesor de la central de trabajadores PIT – CNT
y de la Federación Uruguaya de la Salud (FUS).**

LA EXPERIENCIA DEL FNR “DEBERÍA SER UN REFERENTE” EN UNA ESTRATEGIA DE CAMBIO GLOBAL DEL SISTEMA DE SALUD

Ordenaremos nuestra exposición en tres tramos que dedicaremos a analizar las enseñanzas que recogimos de la lectura de los materiales del FNR y de las exposiciones que escuchamos, a ver en qué medida esas enseñanzas pueden resultar útiles en la perspectiva de un cambio global del sistema de salud y a desarrollar algunas reflexiones específicas sobre el FNR.

La incorporación de la prevención, el tema de la competencia y la necesidad de controles y auditorías médicas, son tres elementos que se destacan en lectura de los documentos del FNR.

Son varios los médicos que insisten en que la promoción de la prevención no es sólo una cuestión del primer nivel de atención, sino que debe promoverse de modo transversal en todos los niveles. Lo que se lee en los documentos del FNR y lo dicho en este seminario es muy claro. Se presentaron varios ejemplos, referidos a los factores de riesgo, el tabaco y la obesidad.

Recojo como una enseñanza muy clara, la necesidad de la promoción de la prevención junto con la recuperación, como una actitud a desarrollar en la atención de pacientes cubiertos por las técnicas que financia el FNR.

Es cierto que el mercado de la salud es de los mercados más imperfectos, como dijo el doctor Alarico Rodríguez, pero aquí la apertura a la competencia mejoró la eficiencia del sistema.

Sobre eso no cupo ninguna duda aún cuando a veces, se dio casos en que hubo vendedores que no aceptaron las nuevas reglas de la competencia. El ministro de Salud Pública, Conrado Bonilla, sabe bien de esto porque durante su gestión tuvo alguna experiencia al respecto. El FNR también debió hacer forcejeos varios, algunos de los cuales que están relatados en el libro “Un modelo de gestión inspirado en la calidad”.

55 - El Ec. Daniel Olesker, es Director de Instituto de Investigación Cuesta Duarte de la central sindical uruguaya Plenario Intersindical de Trabajadores – Convención Nacional de Trabajadores (PIT-CNT) y asesor económico de la Federación Uruguaya de la Salud (FUS). Es Profesor Titular Grado V del Departamento de Economía de la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración de la Universidad de la República y también ejerce la docencia en la Facultad de Derecho y en el curso de posgrado en Administración de Salud del Instituto Nacional de Enfermería (INDE).

Una enseñanza adicional es que, en el marco de la competencia, cuando hay un oligopolio de vendedores, hay que crear un oligopolio de compradores. Esto a veces ayuda a emparejar la competencia. Pero la competencia es clave.

Sobre los controles y auditoría quiero destacar que seguramente por mi escasa experiencia en estos asuntos, cuando me plantearon por primera vez el tema de la segunda opinión, me resultó extremadamente original y de lo más relevante que había escuchado. Y en aquel momento aun no estaban los resultados que ahora se conocen.

Respecto a la inducción de la demanda, conviene aclarar que no es un fenómeno exclusivo de la actividad médica. Inducir al consumidor a que consuma es algo que se observa en toda actividad comercial, no sólo en la médica. Quizás en este caso el problema sea mayor porque el consumidor tiene menos capacidad para informarse y saber si lo que le están diciendo es verdad o no. Puede ser que la demandad inducida sea un poco mayor pero se trata de una actitud que hay que combatir siempre.

No puedo abstraerme a discutir la experiencia del FNR, sin referirla a lo que imagino como un sistema nacional de salud diferente al que existe hoy. Pienso en esta perspectiva, porque la creación de un sistema nacional de salud ha sido una propuesta de la central de trabajadores Plenario Intersindical de Trabajadores – Convención Nacional de Trabajadores (PIT-CNT).

El doctor Alvaro Haretche comenzó planteando los desafíos a los que se enfrentó el FNR y las distintas opciones que se pudo haber tomado.

Una posibilidad pudo haber sido bajar el gasto de golpe y punto. Habiendo menos para gastar se gasta menos. Pero la opción que se tomó fue rediseñar el sistema de acuerdo a normas de calidad para que el gasto bajara pero lo hiciera en la medida en que se correspondiera con la normativa.

Uruguay vive una gran crisis, el dólar se revaluó y los precios de los insumos aumentaron. El país tiene que generar un nuevo sistema de salud con muchos menos recursos. En este contexto se pudo haber caído en la tentación de reducir las prestaciones 30%, por poner un porcentaje, y dar lo que se podía.

Se pudo haber universalizado el sistema dando 30% menos a todo. Así, los que no tienen nada mejorarían, los tienen poco mejorarían algo y a otros les bajaría el nivel de prestaciones.

El FNR pudo haber estado tentado a tomar ese camino pero escogió eliminar “las gorduras del sistema” como decimos vulgarmente y como está en algunos documentos. Eso es lo que debemos hacer en el conjunto del sistema de salud.

El control, la introducción de la competencia y la actitud preventiva, son elementos son básicos para reducir las “gorduras” y deben ser tenidos en cuenta en todos los aspectos de una propuesta de cambio global del sistema: cambio del modelo de atención, pago por primas de riesgo, aporte por ingresos.

Estas “gorduras” están fundamentalmente en el gasto asistencial que es 82% del gasto. Asumámoslo: están en la masa salarial del sistema, en las técnicas que se contratan a veces cruzadas entre propietarios de servicios tercerizados y consejos directivos de instituciones, en los insumos y en los materiales médicos. En todos esos rubros hay “gordura”. Podremos bajar el gasto de funcionamiento, ahorrar pagando menos

luz o agua, pero la clave está en el gasto asistencial, y asumamos que esta ahí: en la masa salarial, en los insumos médicos y en las técnicas.

La experiencia del FNR nos enseñó que es posible poner en marcha esos tres elementos, reducir esas "gorduras" del sistema y alcanzar el desafío de dar una prestación integral a todos, a costos adecuados que no incluyan esos excesos.

Por esto es que considero que la experiencia del FNR debe ser un referente a la hora de pensar la estrategia global de cambio del sistema que todos estamos discutiendo en distintos lugares.

Plantearemos algunos asuntos específicos sobre el FNR y otros referidos a las preguntas que dejó el contador Dante Giménez para la reflexión.

Las exposiciones que se hicieron mostraron un esfuerzo de racionalización y ordenamiento que involucró más cantidades que precios.

El esfuerzo fue mayor en ordenar las cantidades demandadas, que en mejorar los precios. El doctor Alarico Rodríguez explicó como se buscó bajar el precio de algunos insumos pero no se dijo que se hubiera trabajado sobre el componente de precios que está incluido en los aranceles.

Allí parece que hay más camino para recorrer.

Tengo entendido que hay un problema de competencias con el Ministro de Economía y Finanzas (MEF) que es el organismo que fija los aranceles pero en todo caso allí no hay esfuerzo hecho. Quiero decir que no se llegó al piso. Eso es lo que he sacado como conclusión de la experiencia del FNR.

Quizás todavía haya margen para corregir en las cantidades, pero probablemente se ha llegado a algún punto de equilibrio. En los precios está claro que no.

Me tocó asesorar sindicalmente a algunos funcionarios de instituciones de medicina altamente especializadas privadas y la tela para cortar era muy grande. Esto pasó hace unos años y creo que desde entonces, las tarifas bajaron 13%, una única vez. Aquí hay un punto para seguir.

El segundo punto está referido al planteo del doctor Homero Bagnulo de crear un fondo para la prevención. Siempre me impactó la relación de las cifras interior-Montevideo y público-privado, pero las que más me impactan son cifras de la distribución por edades.

En algún momento se tendrá que empezar a modificar eso. No es fácil hacerlo y debe ser un proceso gradual.

Quizá se pueda revertir parcialmente ese proceso destinando eventuales utilidades a la creación de un fondo dirigido específicamente al logro de metas en materia de mortalidad infantil o de algunas otras cuestiones que tienen que ver con sectores a los cuales el FNR no llega.

Esta puede ser una idea razonable en la medida que haya utilidades y que la estrategia tenga adecuada relación costo-beneficio.

El último punto está referido al planteo del doctor Miguel Fernández Galeano de fortalecer los institutos públicos de medicina altamente especializada (IMAE).

Una primera definición que hemos discutidos con los compañeros del FNR es que para el futuro no se tendrá en cuenta IMAE que no estén en el sector público o en mutualistas. Se tratará de no promover nuevos IMAE privados en el sentido más tradicional del término.

Es bueno fortalecer los IMAE públicos no por la razón de la propiedad que cuestionaba Javier García, sino para lograr un equilibrio entre los IMAE públicos y privados que hoy presentan disparidades y que se aspira que sean parte de un sistema único integrado de salud.

Cuando se habla de un sistema único integrado de salud se presupone que se mantendrán los sub sectores público y privado. El subsector público funcionará con otra lógica y estará integrado básicamente por empresas públicas no por unidades de administración presupuestal. El sector privado estará básicamente constituido por redes mutuales.

En nuestra concepción de sistema de seguro de salud, el FNR sigue siendo un satélite que va a tener un financiamiento como hasta ahora.

Los institutos a los que el FNR remunerará deberán estar integrados a alguna red de asistencia integral.

Y como hoy hay cierta disparidad entre los IMAE de los distintos sectores, es bueno ir procurando el equilibrio. Lo veo más por ese lado, que por el lado de la propiedad.

Cr. Eduardo Zaindesztat⁵⁶

Director general de Rentas y ex subsecretario de Salud Pública.

“LA GRAN DISCUSIÓN QUE TUVIMOS EN 2001 FUE ACERCA DE SI MANTENÍAMOS EL FNR O NO”.

En un momento tan especial como el que está atravesando la sociedad uruguaya, es bueno que los partidos políticos expongan lo que piensan hacer en el sector salud, un área que está con problemas desde hace muchísimo tiempo y participen de este tipo de instancias que suelen hacer reflexionar a los distintos actores, no con ánimo de venir a decir “gre, gre” sino a decir “Gregorio”.

Varios expositores hablaron de que la salud es un derecho y la Constitución no dice eso. La Constitución dice que la salud es una obligación individual y de la sociedad. Lo dejo planteado como otro punto de reflexión.

No pertenezco al sector salud pero tuve un efímero pasaje de menos de un año por él.

Al llegar al sector me encontré con algunas cosas acerca de las que quiero reflexionar con ustedes.

En lo referente al FNR, nos encontramos una organización que en 2001 tenía un déficit cercano a 17% y unas deudas enormes con todos sus proveedores, como bien lo explicó el contador Dante Giménez.

La discusión que tuvimos los actores públicos y privados era si era viable mantener el FNR o si estábamos colapsando y había que terminarlo. Hace dos años y medio o tres la gran discusión que tuvimos fue acerca de si manteníamos el FNR o no.

En el país hubo cambios y cambios profundos y el FNR es ejemplo de ellos.

Y fueron cambios estructurales.

El primero fue en la dirección del FNR, en la Comisión Honoraria Administradora (CHA) de nueve miembros. En forma absurda, en un organismo colegiado que es ordenador del gasto la mayoría la tenía el que cobraba, el sector privado. El reglamento de la CHA establecía mayorías especiales que hacían que, a pesar de ser cinco, los representantes del Estado fueran minoría.

Al establecer las mayorías simple a través de un decreto, se introdujo un cambio estructural. A partir de ese momento, el Estado comenzó a ejercer el rol que debía tener en ese organismo.

La segunda transformación estructural impulsada en el FNR fue el cambio en el modelo de gestión por uno basado en la calidad del servicio a los usuarios, en el establecimiento de mecanismos de control y auditorías y en la regulación que deben tener los distintos agentes involucrados. Eso se hizo mirando siempre el bien común

56 - El Cr. Eduardo Zaindesztat se desempeñó como sub secretario del Ministerio de Salud Pública (MSP) entre los meses de agosto de 2002 y abril de 2003. Durante su gestión mantuvo vinculación con los distintos sectores involucrados en la problemática de la salud, a nivel nacional e internacional. Actualmente es el Director General de la Dirección General Impositiva (DGI). Durante su trayectoria profesional se ha desempeñado, además, como asesor de la Presidencia de la República y de representantes nacionales.

que era la prestación del servicio. Esto es un ejemplo tanto para instituciones públicas como privadas.

En tanto era alguien que había llegado al sistema desde fuera, comencé a reflexionar en forma general sobre él, mirándolo primero como usuario, como ciudadano. Encontramos una insatisfacción total en los usuarios del sector público y del sector privado. No voy a hablar de las carencias, las esperas, los actos que se difieren en el tiempo y de todos los problemas que conocemos en ambos sectores. De los tiques, que pasaron de ser moderadores a ser recaudadores y que hacen que cuando la gente se enferma en el sector privado y no se puede atender porque no tiene para pagar el precio del tique lo haga en el Estado. Así, el sector privado recauda las cuotas y el Estado tiene el gasto a través de la prestación del servicio.

Siguiendo con el usuario, hay que señalar la falta de libertad absoluta respecto a la elección del servicio en el cual atenderse. Esto fue generado por el "corralito" que se debió establecer para los afiliados al mutualismo a través de la Dirección de los Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE) del Banco de Previsión Social (BPS). Eso se puso en forma coyuntural para enfrentar eventuales casos de intermediación lucrativa de afiliados y que se conoce en el sistema como el problema de "los gordos". Fuimos al Parlamento con el objetivo de cambiar el sistema y pedimos que se penalizara a los que intermedian en la compra y venta de gente en el sector salud e imponen una suerte de esclavitud en el sistema.

Lamentablemente, el Parlamento no asumió lo que debió haber asumido que era penalizar a quienes intermedian en la compra y venta de usuarios de DISSE, y por tanto, el "corralito" que se había puesto en forma coyuntural, se tuvo que mantener. El usuario no tiene libertad para elegir o para cambiar y por lo tanto el mutualismo cuenta con una clientela que podemos llamar cautiva.

Fijando la visión en el sistema, vemos que se trata de un ámbito donde hay un profundo conflicto de intereses y voy a poner algunos ejemplos concretos.

Los oftalmólogos no colocan las lentillas intraoculares en las mutualistas. Los afiliados deben ir a la clínica del oftalmólogo a colocársela a precios elevados. Cuando una lentilla vale unos U\$S 25 y el arancel entre U\$S 120 y U\$S 130 dólares, el usuario tiene que pagarle al oftalmólogo en la clínica precios más elevados. Las mutualistas, donde los oftalmólogos captan clientes para atender en sus clínicas, quedan como rehenes de la situación porque al usuario no se le da la prestación.

La salud es un sector al que se destinan muchísimos recursos de toda la sociedad. A pesar de la profunda crisis que tuvo el país, más de 11% de la riqueza que se produce se lo lleva el sector salud. Por lo tanto, el problema no es de cantidad de dinero sino de cómo y en qué se gasta el dinero en el sector. Países del norte que hoy se nombraron como paradigmas gastan menos dinero en salud de lo que gasta la sociedad uruguaya.

Las instituciones privadas, las instituciones de asistencia médica colectiva tienen serios problemas de equilibrio financiero y lo dejo por ahí porque todos sabemos de qué estoy hablando. Hay falta de controles de calidad y seguimiento.

En referencia a la autonomía que tienen los profesionales de la salud, hay que señalar que no existen protocolos para los tratamientos y los que hay no se analizan, no se los evalúa y no se los corrige.

Hace muchas décadas que el Ministerio de Salud Pública (MSP) viene fallando en el sector que tiene realizar el control de los actos médicos. Durante muchos años tuvo

en la vieja Dirección de Coordinación y Control (DICOCA) a dos profesionales médicos que trabajaban medio día, cuatro horas diarias.

Esto se intentó cambiar y se está cambiando. Hemos visto en la prensa que el MSP ha hecho un llamado público para fortalecer el área reguladora y de control. Pero no se trata de un área que deba ser auditada en forma exclusiva por el Estado. Las instituciones privadas no controlan la calidad que le brindan a los usuarios a través de sus propios profesionales.

En contraposición a esta situación, el FNR estableció los conceptos de calidad que nos expusieron hoy y me parece que esto es un ejemplo para todo el sistema. En particular, cuando se habla de los protocolos, indicaciones, evaluaciones y acerca de orientaciones en materia de prevención.

Otro ejemplo concreto es el de las cesáreas.

Resulta que las mujeres uruguayas tienen una predisposición a tener más cesáreas que todas las mujeres del mundo pero especialmente las mujeres uruguayas que se atienden en el sector privado. Me parece que para esto debe haber un protocolo. Se debe normatizar la medicina, precisar claramente cuándo hay que hacer cesárea y cuándo la mujer tiene que tener su hijo en un parto natural.

Vinculado a esto está el tema de los sistemas de incentivos en las retribuciones, que me parece que merece una profunda discusión entre todos los actores.

Con respecto al FNR, una gran interrogante es si se debe cubrir enfermedades o procedimientos. ¿Se va a cubrir solo la cirugía o la angioplastia, o se va a trabajar también, como se empezó a hacer, en la prevención, en la promoción de la cesación del tabaquismo y el sedentarismo?

Otro aspecto a preguntarse es cuándo debe el FNR asegurar la cobertura.

Entendemos que el FNR debe garantizar la cobertura en aquellas técnicas que demandan poca cantidad de casos y tienen un alto costo. Se trata de técnicas que las instituciones privadas no pueden desarrollar. Este tipo de actos, como pueden ser los trasplantes de hígado o corazón, es necesario centralizarlo en el FNR.

El FNR debe mantener la financiación de una técnica hasta que ésta se desarrolla y se estabiliza. Luego y en forma paulatina, las técnicas se deben ir transfiriendo a las IAMC. En un esquema de cambio de modelo, hay que preguntarse si el FNR debe seguir financiando los estudios hemodinámicos, litoticias y diálisis renal o debe transferirlas al sistema mutual en forma gradual y paulatina.

Incorporaciones recientes, como el implante coclear para los niños estimamos que deben mantenerse.

El FNR debe analizar el tema desarrollo de la genética. Se trata de algo que ya existe en el mundo y tiene un costo muy alto. La prolongación de la vida es cada vez mayor, por suerte, y con esto la enfermedad es cada vez más crónica que aguda. Aunque en forma muy precaria, los sectores público y privado de la salud de Uruguay han comenzado a trabajar en la promoción y prevención de salud. Se hace promoción y prevención para atender a los factores de riesgo de esas enfermedades crónicas, pero no se atiende el factor genético que pesa y mucho. Se debe pensar la conveniencia de que el FNR financie algún tipo de actividad vinculada al desarrollo de la genética.

Uruguay no cuenta con un equipo de tomografía de emisión de positrones, técnica que se utiliza para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de pulmón y mama,

melomas y linfomas. En el mundo se utiliza un equipo de estas tomografías por cada millón de habitantes y nosotros no lo tenemos, ¿No debería el país tener este tipo de técnicas?

Mientras carecemos de un aparato para hacer tomografías por emisión de positrones que se utiliza cada millón de habitantes, tenemos cinco institutos de cirugía cardíaca para adultos (IMPASA, Casa de Galicia, Americano, Español y Clínicas). En función de la población de 3.300.000 que somos, habría que tener de dos a tres centros de estos. Estamos discutiendo si en lugar de cinco vamos tener seis o siete. No hay nada que inventar, todo esto ya está hecho. Basta mirar la población y las enfermedades que tenemos.

Otra discusión bien actual, es la referida a los institutos de medicina altamente especializada en cirugía cardíaca infantil. Estos IMAE existen, cuentan con equipos y recursos humanos entrenados y especializados en niños. ¿Vamos a seguir generando nuevos IMAE de este tipo? Si como se dijo aquí, en salud la oferta genera demanda, ¿es razonable que sigamos generando demanda de este tipo de servicios?

Por otro lado, pero vinculado a esto, está la cuestión referida a la curva de aprendizaje del médico. Los médicos aprenden con vidas humanas. ¿Qué médico elegirían ustedes para asistirse si deben escoger entre uno que por mejor capacitado que esté, hace una intervención cada dos meses y otro que hace una por día? No debemos seguir sobredimensionándonos.

Tampoco debemos olvidar el tema del costo-beneficio, la efectividad y la eficiencia en la calidad y en el gasto de los recursos, que son de toda la sociedad.

Desde el punto de vista filosófico no nos gustan los oligopolios y pensamos que aquí es donde el Estado debe jugar un rol, garantizando transparencia en los costos, calidad, resultados y en la exigencia de rendición de cuentas.

Con respecto a la equidad, entendemos que todas las personas tienen que tener igual prestación cuando tienen algún problema médico y que no se puede disminuir la prestación de acuerdo a los recursos, al nivel socio-económico o a quién es el prestador del servicio.

A la luz de estas definiciones y a pesar de la situación que atravesó el país a partir de 2002, quiero valorar la experiencia del FNR cuya viabilidad discutíamos en 2001 y hoy tiene superávit.

Debemos valorar esta experiencia en un contexto más general que contemple a toda la sociedad y procurar que lo que pasa hoy en el FNR, donde una persona pobre accede a una prestación del mismo modo que una rica, suceda en todo el sistema de salud.

¿Cuál debe ser el rol del Ministerio de Salud Pública (MSP) en todo esto?

Para empezar deberíamos tener un Ministerio de Salud y no uno de Salud Pública. Habría que quitar la "P" de la sigla. No se puede ser prestador y regulador de servicios simultáneamente. El rol fundamental del ministerio es el de regulación. La Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) debe estar organizada en forma independiente y fuera del MSP, con la forma jurídica que entiendan los legisladores y los abogados.

Respecto a lo que comentaba el doctor Javier García acerca de si los actores privados deben seguir estando en la Comisión Honoraria Administradora (CHA) del FNR, vamos a redoblar la apuesta señalando que el gran rol de regulador lo tiene que tener el Ministerio de Salud, pero no como prestador directo.

Los ministros de salud tienen sus problemas, con las vacunaciones, los laboratorios, los que aplican malas técnicas.

Atendiendo a esto, cuando fue Director General de la Salud el profesor Eduardo Touyá introdujo una reforma estructural en la que el ministro Conrado Bonilla sigue trabajando, que cambió la estructura de la Dirección General de la Salud y la organizó pensando en el seguimiento de los servicios de salud, productos de salud y salud de la población. Ahora está el doctor Diego Estol al frente de la Dirección General de la Salud trabajando fuertemente en eso. Ese es el rol fundamental que debe asumir el Ministerio de Salud.

Los cambios no pueden ser radicales, deben ser graduales, pero tienen que tener un norte. El norte es pensar en la gente y no en los prestadores de salud. Si se piensa cambiar los sistemas de remuneración, no se debe hacer pensando en los actores que prestan los servicios de salud ni en los intereses corporativos que existen en el sector.

El ministerio tiene que ejercer el rol de control, porque al ciudadano común que no es médico, le resulta muy difícil decidir acerca del uso o no de una técnica o si someterse o no a un determinado tratamiento.

El Ministerio de Salud debe ejercer ese rol para que el ciudadano no quede exclusivamente a merced de la voluntad, conocimiento y experiencia del actor médico. Para eso hay que protocolizar los actos. Los médicos rinden cuentas ante sus pares. Pero también deben rendir cuentas a través de los protocolos y la evidencia científica. Debemos protocolizar la prestación de servicio. Ahí es donde está el gran rol que el Estado y el MSP deben jugar.

“ASÍ ES CÓMO SE DEBEN HACER LAS COSAS”

A fines de 2001 la situación del FNR era terrible.

Unos cuantos compañeros políticos, políticos de la oposición y médicos me dijeron que el FNR no daba para más y que había que cerrarlo. Muchos dueños de mutualistas y de cooperativas médicas me dijeron que el FNR no podía existir más y que se le debía “dar la plata a las mutualistas” e insistían en que había que terminar con el FNR porque no se podía seguir generando decenas y decenas de millones de dólares de deuda.

Se le encontró la vuelta y hoy observamos una suerte de unanimidad acerca de que el FNR tiene que seguir existiendo y de que va por el buen camino. Me alegro muchísimo de que esto sea así. Así se hacen las cosas. Así es cómo se deben hacer.

Pero permítanme referirme a dos o tres cosas acerca de las que ya hemos hablado con los responsables del FNR.

Los grupos de segunda opinión que tan buen resultado han dado, son necesarios y fueron un elemento útil en la contención de la demanda y la mejora de la calidad de las prestaciones.

Al mismo tiempo, son complejos, deben atender casos en Montevideo y el interior y son numerosos, multitudinarios. También son causa de eventuales demoras y, aunque si hay algo rápido es el FNR, el factor humano siempre está presente.

Yo aspiraría a que estos procesos se informatizaran, se estudiara científicamente las tasas de uso por grupo etario, y cuando se constata que una institución de medicina altamente especializada pidió más exámenes de los que se estimó que le correspondía, ella deberá hacerse cargo de los costos. Así no se necesitaría un ejército para poder controlar.

No son cosas fáciles de lograr, pero se trata de uno de los caminos que hay en el “debe” del FNR. Este es un camino que seguramente en algún momento, el FNR tendrá que recorrer.

Hago la misma observación para el caso del proceso de seguimiento.

El seguimiento de los pacientes es una herramienta que se implantó por primera vez en una institución como el FNR y permite ver si la política que se está aplicando es buena. Pero la técnica se repite cada dos años y mientras tanto no sabemos que está sucediendo. Hay que mejorar el seguimiento informatizándolo, para tener información, elaborada científicamente y seriamente como se hace hoy, pero con otra rapidez. Precisamos tener estudios de seguimientos de todas las técnicas, no sólo de algunas y deberíamos tenerlos todos los años.

Informatizando estos procesos no tendríamos que tener un ejército de gente.

Íbamos a hablar de calidad, pero como el FNR no está aislado en una pecera, sino que está inserto en el entorno que es el resto del país, inevitablemente hablamos del sistema de salud.

Todos queremos cambios y todos queremos el cambio del modelo de atención.

Ahora, cuando se les plantea a los médicos que vayan a trabajar a la periferia dicen que no. Preguntan cuánto se les va a pagar y si se les dice que el MSP no tiene plata

pero que es necesario implantar la Atención Primaria en Salud (APS), responden que están de acuerdo pero que les "gusta el hospital". Son muy pocos los voluntarios que van a trabajar a la periferia.

Implantar la APS cuesta muchísimo. ¡Cuesta muchísimo! La APS tiene un costo que hay que financiar. Es muy fácil decir que se aumenta el Impuesto a las Retribuciones Personales (IPR) y que con eso se le paga a los médicos. Aumento el IPR, se lo saco al Estado como si el Ministerio de Economía no fuese a decir una palabra, y hacemos APS. Y le pago a 4.500 médicos, como propone mi amigo el Presidente del Sindicato Médico del Uruguay (SMU), Dr. Marcos Carámbula. Para eso hay que cambiar las leyes, modificar la tributación y asegurarse que la ciudadanía esté dispuesta a una cosa de ese tipo. Entonces las cosas se demoran.

Desgraciadamente en salud no se hacen cambios radicales, como propuso el Dr. Miguel Fernández Galeano. En ningún lado los cambios en salud han sido radicales y cuando fueron radicales, fracasaron.

Los cambios de los sistemas de salud son necesariamente progresivos. No hay un solo país en este mundo donde se haya hecho un cambio radical en salud que haya perdurado, salvo que hayan sido aplicados en una dictadura. Como nosotros no vivimos en dictadura tenemos que hacer los cambios progresivamente, porque son muy complejos.

El gerenciamiento no cambia con decir "quiero un cambio radical en el gerenciamiento". Hay que hacerlo despacito. Y lo estamos logrando. ¿O alguien cree que las instituciones de asistencia médica colectiva se gerencian hoy igual que el año pasado? Nignuna de ellas se gerencia como el año pasado. Están todas controladas ya sea a través del Programa de Modernización del Sistema de Salud (PROMOSS) o a través del esquema del fideicomiso. Y si no pregúntenle a las instituciones grandes que han dejado de recibir la plata prevista en cada uno de estos programas por no cumplir con los postulados económico-financieros, organizacionales o asistenciales exigidos. Ahora las instituciones están siendo controladas y están gestionándose de un modo distinto. Poco a poco van alcanzando el equilibrio, han disminuido su pasivo y sus estados de resultado mensuales son mejores. La gente está volviendo a afiliarse a ellas. Despacito, pero está volviendo.

Los cambios de modelo se hacen despacio, los cambios de gerenciamiento se hacen despacio. La implantación de la APS es un problema serio para el cual precisamos una ley. Es imposible crear un fondo por decreto. Se lo he explicado a los señores diputados pero todavía no hay acuerdo en cómo se establece ese fondo y quién pone la plata, sobre todo en el sector privado. Cuando tengan la solución, me la dicen y yo la propongo encantado. Yo implanto APS encantado. ¿Cómo financiamos si no es con el IPR?

Todo el mundo está de acuerdo en la importancia que tienen la promoción, prevención y educación para la salud. Pero la atención primaria se debe hacer en los lugares donde está la gente. Ahí es donde tenemos que trabajar. Pero eso cuesta. Muy bien: lo pagamos con un fondo. Pero hay que crear ese fondo. ¿Vamos a crearlo ahora? ¿De dónde? Será en el próximo presupuesto.

Por fin vamos logrando hablar de estas cosas, sincerándonos, diciendo cuáles son los problemas que vemos y que tenemos. No tenemos necesariamente por qué

estar de acuerdo pero con respeto y con la pasión que cada uno pone, en estos encuentros vamos hablando de los verdaderos problemas que tenemos y de lo que tenemos que hacer para superarlos.

Este es un momento muy especial del país en el cual es muy fácil largar ideas a modo de bandera sin explicar cómo se hará para ponerlas en marcha. Pero como somos responsables, tratamos de que las cosas no sean utópicas, sino razonables, sensatas y que cuenten con una vía de financiación para poder realizarlas.

Por fin empezamos a hablar de estas cosas. Estas reuniones son muy útiles también para eso y para reafirmar lo que con tanto esfuerzo se ha hecho durante todos estos años en el FNR.

Dr. Homero Bagnulo, Presidente alterno del Fondo Nacional de Recursos:

EL FNR DEBERÍA ASEGURAR LA “COBERTURA INTEGRAL DE ALGUNAS ENFERMEDADES”

Nosotros somos realmente bastante críticos con el papel del Fondo Nacional de Recursos (FNR) y en especial con lo que nos queda por hacer.

Nos parece muy bueno recibir críticas. Al Dr. Javier García no lo invitamos en su calidad de político, sino porque se trata de alguien a quien le gusta criticar y bastante. Más allá de que lo hagan con afecto, nos viene bien que nos critiquen.

Algunas de las ideas que propuso el ex subsecretario de Salud Pública Eduardo Zaindesztat, nos parecen muy interesantes y están referidas a temas sobre los cuales también percibimos la necesidad de avanzar, como en el caso de los fondos que cubren actos puntuales y no tratamientos médicos integrales. Pensamos que estos fondos tienen en sí mismos el germen de su propia destrucción.

Lamentablemente esta noche nadie citó la experiencia que está viviendo el sistema de salud de Chile. Después del fracaso de la experiencia de las ISAPRES, el sistema chileno se está orientando paulatinamente a cubrir afecciones, de forma de ir integrando una cobertura total.

Uno de los cambios que se está debiendo el FNR es generar un mecanismo de cobertura integral de algunas enfermedades. Si no, por ejemplo, en el caso por ejemplo de las cardiopatías, siempre se va a desviar hacia la angioplastia, hacia la cirugía y no va a haber fondos para la prevención.

Tal vez se pueda empezar a generar un reconocimiento hacia el primer nivel de atención a partir de la prevención secundaria y de dineros redirigidos del tercer nivel a la prevención secundaria.

Una idea generalmente aceptada, es que la estrategia de prevención secundaria es una buena inversión que a los cinco años comienza a retribuir lo que se invirtió en ella. Puede ser tema para un próximo encuentro.



**FONDO NACIONAL
DE RECURSOS**

Medicina Altamente Especializada

Fondo Nacional de Recursos

18 De Julio 985

Galería Cristal - 4to. Piso

Tel: (598 2) 901 40 91 - Fax: (598 2) 902 07 83

C.P. 11.000 - Montevideo - Uruguay

fnr@fnr.gub.uy

www.fnr.gub.uy