FONDO NACIONAL
DE RECURSOS
Medicina Altamente Especializada

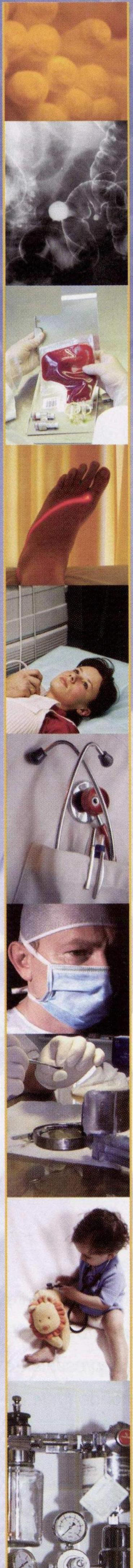
Equidad, Calidad y Sustentabilidad en Salud

Equidad, Calidad y Sustentabilidad en Salud

Fondo Nacional de Recursos
Fondo Nacional de Recursos: equidad, calidad y sustentabilidad en salud.
Publicación Técnica Nº1. Montevideo: FNR, **2006**

Asignación de recursos para la atención de salud.
Garantía de la calidad de atención de salud.
Equidad en la asignación de recursos.
Equidad en salud.
Tecnología biomédica.
I- Título
ISBN: 9974-7888-1-1

Dir. 18 de Julio 985 - Galería Cristal, 4º piso - C.P. 11.100
Tel. (005982) 901 4091* - Fax. (005982) 902 0783
e-mail: fnr@fnr.gub.uy - www.fnr.gub.uy
Impresión: Empresa Gráfica Mosca - Dep. Legal 339.471
Diagramación y diseño de tapa: Grupo Perfil



Indice

Prólogo

Ministra de Salud Pública, *Dra. María Julia Muñoz* 10

Presentación

Presidente de la Comisión Honoraria Administradora,
Sub Secretario Dr. Miguel Fernández Galeano 11

Primera Parte

1. Descripción General 14
1.1. Misión y Objetivos 14
1.2. Técnicas cubiertas. 15
1.3. Beneficiarios de la cobertura del FNR y acceso a los tratamientos 16
1.4. El trámite de autorización de la cobertura 16
1.5. Número y distribución de los IMAE 17
1.6. Mecanismos de financiamiento 19
1.7. Estructura de Dirección 19
2. Marco Normativo 21
2.1. Jurídicamente, el FNR reviste la forma de una persona pública no estatal 21
2.2. Derechos de los pacientes. 23
2.3. El consentimiento informado 24
3. Funcionamiento y Actividades 26
3.1. Las técnicas cubiertas 26
3.2. La autorización de cobertura 32
3.3. El control de documentación de actos ya realizados 37
3.4. Programas de control de factores de riesgo 39
3.5. Programas de promoción, educación y prevención en salud 43
3.6. Seguimiento de resultados alejados de los actos médicos 45
3.7. Actividades de desarrollo profesional continuo 45
3.8. Premio "Paciente Seguro" 46
3.9. Metodología para análisis de costos y determinación de aranceles 46
3.10. Compra de medicamentos y autorización de dispositivos 49
4. Evolución Económico - Financiera 53
4.1. Estudio de la situación patrimonial 53
4.2. Estudio económico de los resultados anuales. 56
5. El Sistema de Información 57
5.1. Características del sistema 57
5.2. Componentes del sistema de información 58
5.3. Análisis de datos estadísticos 59
5.4. El proceso de autorización de actos médicos 59
5.5. El proceso de control de realizaciones 65
5.6. Habilitación financiera 67
5.7. Principales actividades planificadas en el área del sistema de información 68
Anexo 1: Datos Básicos de Gestión de Actos Médicos 2000 - 2005 71
Anexo 2: Institutos de Medicina Altamente Especializada 97

Segunda Parte

Texto Ordenado de las Disposiciones que Regulan al FNR 105

Indices

Indice de cuadros 125
Indice de gráficos 126
Indice de abreviaturas 127

Agradecimientos

A toda la estructura del FNR que participó y colaboró en la elaboración de este libro, en especial a:

T.R.M. Amelia Correa (*Jefa de Registros Médicos),* Dra. Leticia Gómez *(Asesora Letrada),* Cr. Mario Guerrero (*Director General)*, Dr. Alvaro Haretche (*Director Técnico-Médico),* Prof. Dante Jiménez (*Representante del MSP ante la CHA),* Dr. Julio Martínez (*Representante del UMU ante la CHA),* Prof. Em. Aron Nowinski (*Representante del MSP ante la CHA*), Sra. Leticia Pais (*Secretaria Administrativa de la CHA),* Ing. Jorge Redondo (*Jefe de Informática)* y Lic. Selva Andreoli *(Asesora en comunicación).*

Fondo Nacional de Recursos

Comisión Honoraria Administradora

Presidenta

Dra. María Julia Muñoz

Ministra de Salud Pública

Presidente Alterno

Dr. Miguel Fernández Galeano

Subsecretario de Salud Pública

Representantes del Ministerio de Salud Pública

Prof. Em. Aron Nowinski

Prof. Cr. Dante Giménez

Enf. Carmen Millán (*alterna*)

Cr. César Costantini (*alterno*)

Representantes del Ministerio de Economía y Finanzas

Ec. Leandro Zipitría

Cr. Ricardo Gómez (*alterno*)

Representantes del Banco de Previsión Social

Cr. Luis Casares

Cr. Roberto Bianchi (*alterno*)

Representantes de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva

Dr. Julio Martínez (*U.M.U.*)

Cra. Gabriela Casal (*alterna*)

Dr. Daniel Barrios (*FE.M.I.*)

Dr. Arturo Altuna (*alterno*)

Dr. Gerardo Eguren (*C.A.S.M.U.*)

Dr. Claudio Iglesias (*alterno*)

Representantes de los Institutos de Medicina Altamente Especializada

Dr. Gustavo Varela

Cra. Lucy Martins (*alterna*)

Fondo Nacional de Recursos

Director General

Cr. Mario Guerrero

Director Técnico Médico

Dr. Álvaro Haretche

Comisión Técnica Asesora

Prof. Em. Aron Nowinski
Representante del FNR

Dra. Norma Rodríguez
Representante del Ministerio de Salud Pública

Dra. Gloria Rieppi
Representante de la Facultad de Medicina

Dr. Alejandro Ferreiro (*FE.M.I.*)
Dr. Oscar Noboa (*SMU*)
Representantes del Cuerpo Médico Nacional

Comisión de Desarrollo Profesional Continuo

Dr. Homero Bagnulo
Dr. Oscar Gianneo
Dr. José Luis Rodríguez Bossi
Dr. Edgardo Sandoya
Enf. Carmen Millán
E.C.I. Cándida Scarpitta



Primera Parte

1. Descripción General.

1.1. Misión y Objetivos.

1.2. Técnicas cubiertas.

1.3. Beneficiarios de la cobertura del FNR y acceso a los tratamientos.

1.4. El trámite de autorización de la cobertura.

1.5. Número y distribución de los IMAES.

1.6. Mecanismos de finaciamiento.

1.7. Estructura de dirección.

2. Marco Normativo

2.1. Jurídicamente, el FNR reviste la forma de una persona pública no estatal.

2.2. Derechos de los pacientes.

2.3. El consentimiento informado.

3. Funcionamiento y Actividades

3.1. Las técnicas cubiertas.

3.2. La autorización de cobertura.

3.3. El control de documentación de actos ya realizados.

3.4. Programas de control de factores de riesgo.

3.5. Programas de promoción, educación y prevención en salud.

3.6. Seguimiento de resultados alejados de los actos médicos.

3.7. Actividades de desarrollo profesional continuo.

3.8. Premio “Paciente Seguro”.

3.9. Metodología para análisis de costos y determinación de aranceles.

3.10. Compra de medicamentos y autorización de dispositivos.

4. Evolución Económico - Financiera.

4.1. Estudio de la situación patrimonial

4.2. Estudio económico de los resultados anuales.

5. El Sistema de Información.

5.1. Características del sistema.

5.2. Componentes del sistema de información.

5.3. Análisis de datos estadísticos.

5.4. El proceso de autorización de actos médicos

5.5. El proceso de control de realizaciones.

5.6. Habilitación financiera.

5.7. Principales actividades planificadas en el área del sistema de información.

Anexo 1: Datos Básicos de Gestión de Actos Médicos 2000 - 2005.

Anexo 2: Institutos de Medicina Altamente Especializada.

Presentar, a través de este libro, la experiencia del Fondo Nacional de Recursos resume aspectos que consideramos fundamentales en momentos de cambios profundos no sólo en las políticas y estrategias para la salud de los uruguayos, sino en los comportamientos sociales, en los valores esenciales que nos motivan. Primero entre todos, el nivel de atención que recibe nuestra gente, su calidad, su oportunidad, su sentido de justicia social. Los resume en varios sentidos:

El cambio es novedad, es innovación, es una nueva visión pero es también aprovechar y reconocer la base histórica, profesional, técnica y sobre todo humana que acumuló nuestro país y también enmendar sus problemas e inequidades. Cambiar es ser exigentes y justos con nuestro presente y con nuestro pasado, para edificar sobre bases firmes.

Y una de esas bases es la solidaridad, la utilización del aporte de toda la sociedad para atender sin distinciones a todos los que necesiten de la mejor y más calificada y especializada asistencia.

En momentos en que el país inicia un proceso de transformaciones sustanciales en el sector salud –hacia la construcción de un Sistema Nacional Integrado de salud–, se presenta una experiencia que demuestra que en Uruguay y en Salud es posible cambiar y que se tienen resultados concretos para mostrar.

Una institución que maneja importantes recursos económicos de toda la comunidad y que se encontraba en riesgo de colapso financiero, no sólo logró recuperar condiciones de sustentabilidad, sino que lo hizo garantizando la equidad en el acceso y la calidad de las prestaciones. Se implementó un modelo de gestión que avanza en la eficacia, la eficiencia y la justicia, en un escenario en donde estos principios, en la mayoría de los casos, sólo forman parte del discurso.

En sentido contrario a los modelos predominantes –que se basan en colocar barreras económicas para abatir el gasto–, el Fondo Nacional de Recursos se centró en controlar la calidad y de esa forma obtuvo la sustentabilidad económica del sistema.

Este libro ofrece una descripción sistemática de las herramientas utilizadas: los sistemas de segunda opinión; la discusión en ateneos; la incorporación de los pacientes a programas de prevención; la evidencia científica y la evaluación de resultados; todas estas medidas han sido la clave del éxito de este modelo.

Al mismo tiempo, el diseño de una nueva matriz para análisis de costos ha sido un avance muy significativo para respaldar la política de precios y para encarar las solicitudes de apertura de nuevos Institutos de Medicina Altamente Especializada.

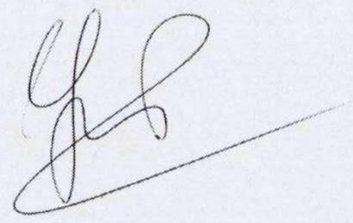
Los mecanismos incorporados por el Fondo Nacional de Recursos son instrumentos para garantizar la calidad en las prestaciones asistenciales, con criterios basados en las necesidades del enfermo y en la sustentabilidad del sistema. Por eso, pueden resultar útiles para esta etapa en que se discute la incorporación con equidad de las prestaciones de salud de primer, segundo y tercer nivel de complejidad, en los sectores de atención pública y privada.

No habrá reforma en la salud para las uruguayas y los uruguayos, sin un cambio profundo del modelo de atención. El Fondo Nacional de Recursos ha transitado un camino que articula de manera solidaria las necesidades de prestaciones asistenciales y la necesaria ecuación económica de un país empobrecido.

La puesta en funcionamiento de un Sistema Nacional Integrado de Salud no pasa únicamente por mejorar la equidad en el acceso a los servicios de salud ni por la creación de un nuevo marco institucional. Esos aspectos que son imprescindibles, no son suficientes Se necesita, además, implementar nuevas formas de trabajo que prioricen la educación, la promoción y las acciones preventivas.

Un modelo en el cual el control y la evaluación de resultados sean parte esencial del sistema, y donde además esté siempre presente el control social de la gestión pública. Por eso, damos a conocer este trabajo.

Finalmente, expresamos a los integrantes de la Comisión Honoraria Administradora, y muy especialmente al equipo técnico y administrativo de Fondo Nacional de Recursos, nuestro reconocimiento por la labor que realizan cotidianamente y por ofrecernos este material que hoy se pone a disposición de todos.



Dra. María Julia Muñoz
Ministra de Salud Pública

Uruguay cuenta con un Fondo Nacional de Recursos (FNR) consolidado, que brinda la cobertura financiera para permitir a los uruguayos acceder a un conjunto de prestaciones de medicina altamente especializada, sin distinciones generadas por su situación socioeconómica. Ha puesto en práctica, a su vez, sistemas de control orientados a asegurar que esos actos médicos se realicen con los máximos niveles de calidad, llevando a cabo evaluaciones periódicas de sus procesos y resultados.

Pero esto no fue siempre así. La situación actual del FNR es resultado de una historia y de un proceso de gestión en el que se han tomado decisiones que no fueron sencillas.

Ese es el tema de esta publicación. Quiere ser un documento que deje constancia de esas transformaciones, mostrando que es posible gestionar integrando la equidad con la calidad y la sustentabilidad. No es una visión externa ni una propuesta teórica; es un material institucional que –tomando los datos de la realidad–, muestra la experiencia acumulada, dejando constancia de sus fortalezas y debilidades, así como de las oportunidades y amenazas que se generan en un escenario de cambios en el Sistema de Salud.

La publicación consta de dos partes: la *primera parte* se inicia con una descripción general del FNR y el marco normativo que lo regula; se hace un análisis cuidadoso del funcionamiento, las actividades y la evolución económico financiera, para cerrar con una presentación del sistema de información que respalda el proceso de gestión de la Institución. Como anexos de esta primera parte, el lector podrá encontrar una relación de los principales datos estadísticos de la actividad médica del FNR entre los años 2000 y 2005 y un listado de los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), agrupados por especialidad.

En la *segunda parte* del libro se ofrece una revisión cuidadosa y actualizada de las disposiciones legales y reglamentarias que rigen al FNR presentadas en formato de *"texto ordenado"*, para facilitar el acceso por las áreas principales de consulta, tanto para los actores directos como para los usuarios del Sistema de Salud.

La coyuntura de cambios que vive el sector de la salud en Uruguay, hacen especialmente necesario este tipo de análisis. Es conveniente contar con propuestas formuladas desde la práctica que aporten alternativas y ayuden a visualizar otras maneras de funcionar, sin caer en el fatalismo de que no es posible introducir auténticas modificaciones a la realidad actual.

El propósito de este libro es provocar el análisis y la reflexión y ser útil para generar nuevas alternativas de cambios. Por eso, está dirigido a los técnicos y a los actores políticos, en particular aquellos que están llamados a tomar decisiones en relación al sistema de salud. Quienes conocen desde dentro el sector encontrarán un método de trabajo y las principales cifras de la gestión presentadas de manera sistemática. Otros, podrán tomar contacto con un modelo novedoso que ha demostrado sus resultados y cuyo análisis puede ser útil para diversos ámbitos de la salud.

El FNR comenzó a funcionar el 1° de diciembre de 1980, pero en ese entonces el país no era ajeno a los avances de la tecnología médica que se producían en el mundo. Por el contrario, ya se realizaban hemodinamias y cirugías cardíacas, las primeras diálisis y trasplantes renales e incluso el primer implante de marcapaso exitoso del mundo. Se llevaban a cabo esfuerzos significativos para viabilizar la cirugía de prótesis de cadera. La mayor parte de estos procedimientos fueron realizados en el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", aunque participaron también otros centros asistenciales.

Sin embargo, las circunstancias políticas y sociales del país afectaron fuertemente ese proceso. El Hospital de Clínicas, junto con la Universidad de la República, sufrió las consecuencias de los recortes presupuestales y la propia asistencia médica colectiva no contaba con recursos suficientes para asegurar el acceso universal de sus afiliados a estas nuevas prestaciones.

El FNR fue la respuesta que Uruguay se dio para enfrentar ese riesgo de desfinanciamiento como resultado de la incorporación de la alta tecnología médica. Creado por el decreto-ley N° 14.897 del 23 de mayo de 1979, debió dar respuesta a lo largo del tiempo a demandas y contextos diversos.

El objetivo central en los primeros años parece haber sido asegurar cobertura. El número de actos realizados y el listado de técnicas cubiertas tuvo un incremento constante, a veces sin suficiente fundamentación. El diseño del sistema permitía obtener fácilmente el financiamiento, lo que generó debilidad institucional y llevó a que el aumento de la cobertura no se acompañara de los debidos controles a los IMAE. No siempre el financiamiento disponible se utilizó para mejorar la calidad de las prestaciones y para acreditar de manera exigente a los IMAE.

Esa dinámica produjo un rápido crecimiento del número de actos cubiertos, lo que puso en riesgo la viabilidad económica del FNR en más de una oportunidad. La innegable virtud de haber asegurado la universalidad del acceso no se acompañó de las medidas que permitieran garantizar la sustentabilidad del sistema.

El número de IMAE creció de manera muy significativa a lo largo de los primeros años de existencia del FNR y un muy alto porcentaje de los mismos se instalaron en el sector privado. Esto generó un segundo problema: los recursos que el Estado aplicó para financiar los actos médicos de pacientes del sector público fueron a dar casi en su totalidad al sector privado, lo que supone una importante transferencia regresiva de recursos. Aunque puedan existir otras causas, este hecho incidió seguramente en que los afiliados del sector privado tengan, hasta el día de hoy, tasas de utilización más altas que los usuarios del sector público, en casi todas las técnicas.

De lo expuesto, se desprende que afectaron al FNR problemas de diseño y problemas de gestión, que lo condujeron al desfinanciamiento. La inducción a la demanda de las prestaciones más allá de las necesidades sanitarias reales, así como el subsidio cruzado de recursos públicos hacia el sector privado, pueden ser considerados como los dos componentes más negativos de los primeros veinte años de gestión del FNR.

A fines de los años 90, el FNR no era sustentable ni equitativo y las prestaciones que cubría tenían importantes problemas de calidad.

Esta situación se comenzó a revertir a partir del año 2001. Se implementaron una serie de mecanismos correctivos con una estrategia basada en la calidad. Se entendió que el fundamento para asegurar a los pacientes un acceso a prestaciones médicas en las mejores condiciones de calidad, reside en controlar la pertinencia y oportunidad de las indicaciones de los actos solicitados, más cuando muchos de ellos tienen procedimientos terapéuticos alternativos.

Para eso el FNR puso en marcha un conjunto de instrumentos técnicos de gestión que se explicarán con detalle a lo largo de este libro: se establecieron –y se actualizan periódicamente– normativas y protocolos de indicaciones; se instrumentaron mecanismos de evaluación previa de los pacientes mediante el asesoramiento de médicos de segunda opinión; se crearon ateneos en los que se discuten los casos de mayor complejidad; se desarrolló un análisis de riesgo-beneficio para cada paciente utilizando tablas de indicadores internacionales. Estos instrumentos generaron en los IMAE una rápida actitud de autocontrol, que tuvo efectos muy importantes sobre la estabilidad del Fondo.

La evaluación de la calidad de vida pasó a ser un factor relevante para la indicación de actos que son invasivos y riesgosos. El análisis periódico de los resultados alejados de las distintas técnicas y los diversos IMAE –que permite evaluar en el largo plazo el impacto de los tratamientos–, puso en evidencia dónde residían los principales problemas de calidad e indujo políticas de mejoramiento en los Institutos prestadores.

La actitud de vigilancia incluye también la captación precoz y el seguimiento de las complicaciones, así como el monitoreo de las condiciones en que son programados los dispositivos (marcapasos, por ejemplo) que se implantan con cobertura del FNR.

Estas políticas de control fueron acompañadas con la puesta en marcha de programas de prevención y control de los factores de riesgo: el programa de cesación de tabaquismo, el de salud renal, el de salud cardiovascular, constituyen ejemplos en ese sentido.

Este enriquecimiento del diseño del sistema se ha constituido en un modelo de gestión basado en la calidad que ha tenido resultados muy significativos. En primer lugar, en cuanto a los resultados médicos de los actos cubiertos, pero también en términos de viabilidad económica.

En la presente administración 2005-2010, en el marco de nuevas políticas de salud, procuramos consolidar y profundizar esta gestión en torno a los principios de equidad, calidad y sustentabilidad.

Equidad en salud, para nosotros, significa brindar igualdad de acceso a todos los habitantes del país -independientemente de su capacidad de pago u otras características socioeconómicas o demográficas-, igualdad de posibilidades para los usuarios del sector público y del sector privado y las mismas garantías para la población del área metropolitana y del interior del país. Se superan diferencias innecesarias, evitables e injustas y se posibilitan las mismas oportunidades para lograr su total potencial en salud[1] .

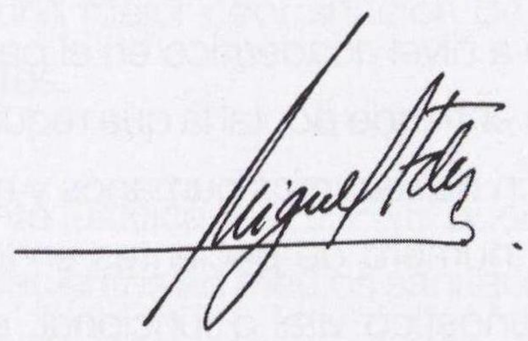
Una gestión basada en la *calidad* supone garantizar que las prestaciones se basen en pautas y protocolos sustentados en evidencia científica, en los cuales se establezca la pertinencia de las indicaciones y su oportunidad; que exista control de las condiciones en que se cumplen los actos médicos y que se lleve a cabo evaluación independiente de los resultados. Apostar a la calidad, es también, defender los derechos de los pacientes, haciendo lugar especialmente al consentimiento informado sobre las intervenciones que le serán practicadas.

El principio de *justicia social y distributiva* –por el cual se puede asegurar a quienes hoy aportan *solidariamente* los recursos al sistema, que en el día de mañana cuando lo requieran podrán disponer de él, en las mismas condiciones de equidad y calidad–, debe fundarse en la *sustentabilidad* del sistema, en la buena administración de los recursos económico financieros del organismo rector.

Este desafío de gestionar el FNR en base a equidad, calidad y sustentabilidad no es distinto al que se plantea para gestionar el sistema sanitario nacional. Tal vez por eso, varias de las lecciones aprendidas en este ámbito podrán ser de utilidad para otros actores y para la propia conducción de la Reforma Sanitaria, que promovemos desde el Ministerio de Salud Pública.

El FNR quiere proyectarse como un actor de la transformación del conjunto del sistema, superando una postura según la cual este organismo debería cubrir todo lo nuevo y todo lo costoso. Esta visión, no sólo es voluntarista –porque es imposible que el FNR aumente ilimitadamente sus responsabilidades–, sino que resulta también conservadora, porque por la vía de transferir responsabilidades al FNR, posterga un cambio en la gestión en el conjunto del sistema de salud.

En última instancia, se trata de hacer uso de la evidencia científica y la ética social como bases para un nuevo paradigma de la salud, en el marco de nuevas políticas públicas y mecanismos de justicia distributiva orientados a defender y asegurar los derechos de los ciudadanos.



Dr. Miguel Fernández Galeano
Subsecretario del Ministerio de Salud Pública
Presidente (A) del Fondo Nacional de Recursos

[1] El concepto y principios de la equidad en salud. Margaret Whitehead 1992.

Descripción General

1. Misión y Objetivos

El Fondo Nacional de Recursos (FNR) constituye una parte importante y a la vez novedosa del sistema de salud del Uruguay. Importante, porque se trata de una institución creada por ley para asegurar el acceso de toda la población del país a un conjunto de prestaciones médicas que fueron consideradas como de alta especialización e impacto económico. Novedosa, porque en los últimos años se ha constituido en escenario de importantes reformas técnicas y administrativas que, basándose en la calidad, aseguraron su viabilidad económica.

Dichas reformas no sólo hicieron posible la supervivencia del FNR en medio de una crisis generalizada del sistema de salud sino que además demostraron que es posible, en el ámbito de la gestión pública, llevar a cabo cambios profundos orientados a la equidad, la calidad y la sustentabilidad.

De acuerdo a la ley fundacional del año 1980, el FNR es una persona pública no estatal que financia actos médicos que se realizan en los institutos de medicina altamente especializada (IMAE). Estos institutos pueden ser públicos o privados, son previamente habilitados por el Ministerio de Salud Pública y, en la mayoría de los casos, se ubican en el ámbito de las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC).

El texto legal incluye una definición de medicina altamente especializada que recoge lo que está establecido a nivel académico en el país e internacionalmente. Se entiende por tal la que requiere una gran concentración de recursos humanos y materiales para un escaso número de pacientes en los que está en juego el pronóstico vital o funcional, articulados de tal forma que permitan obtener la excelencia asistencial.

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

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

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

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

* financiar la cobertura de actos de medicina altamente especializada asegurando equidad en el acceso;
* controlar y evaluar la calidad de la atención y los resultados de los procedimientos realizados mediante actividades de seguimiento;
* evaluar el nivel de eficiencia con que se desarrollan los procedimientos en base a los correspondientes estudios de costos, aportando esa información para la determinación de aranceles;

* llevar a cabo programas de prevención, tendientes a abatir la incidencia de los factores de riesgo vinculados a las técnicas que se encuentran bajo su cobertura;

* financiar la realización en el exterior de aquellos actos médicos que se encuentran en un listado pre definido de técnicas que no se pueden hacer en nuestro medio, por razones de desarrollo tecnológico o porque su baja incidencia no permite reunir un número de casos suficiente para asegurar su calidad técnica.

2. Técnicas cubiertas

Ha sido un tema relevante para el FNR determinar cuáles deben ser las técnicas incluidas en su cobertura. Previendo la importancia de este aspecto, el legislador dejó establecidos una serie de criterios al respecto.

La legislación dispone que corresponde a la Comisión Honoraria Administradora (CHA) fijar el listado de afecciones, técnicas y medicamentos que estarán cubiertos por el FNR. Para la inclusión de nuevas prestaciones (técnicas y medicamentos) se requerirá el asesoramiento de una Comisión Técnica Asesora (CTA) que se crea en el mismo texto legal, la que deberá expedirse en plazos y condiciones que se establecen.

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

Este proceso puede resumirse de esta forma:

* desde 1980 se cubren los tratamientos de hemodiálisis y trasplante renal, estudios hemodinámicos y cirugía cardíaca de revascularización o recambio valvular, implante de marcapasos y prótesis de cadera;

* en 1982 se agrega la diálisis peritoneal como complemento a los tratamientos de insuficiencia renal ya incluidos;

* bastante más adelante en el tiempo, en 1992, se incluye la angioplastia transluminal –como tratamiento de las afecciones coronarias que ya estaban en la cobertura mediante cirugía–, en la misma fecha ingresaron también las prótesis de rodilla y la litotricia del aparato urinario;

* en 1995 se incorpora la cobertura del tratamiento de grandes quemados, los trasplantes cardíacos y los trasplantes de médula ósea;

* en el año 2000 se incluyen los implantes cocleares, para tratamiento de niños con sordera de origen neurosensorial en etapa pre escolar;

* en el año 2002 se formalizó el ingreso de los implantes de cardiodesfibriladores (destinados al tratamiento de ciertos casos de trastornos del ritmo cardíaco), aunque los mismos ya eran financiados en condiciones de excepción desde 1994;

* a fines de 2004 se incorporó el suministro –bajo protocolo– de medicación de alto costo, para el tratamiento de afecciones que hasta el momento eran tratadas con otras técnicas que ya estaban en la cobertura del FNR. Es el caso de las drogas Imatinib y Rituximab para enfermedades hemato-oncológicas, tratadas hasta entonces con trasplante de médula ósea; y el Interferón, destinado a evitar ciertos casos de insuficiencia hepática terminal que pueden llegar a requerir trasplante.

El 15 de junio de 2006 se produce la primera resolución del FNR por la cual se excluyen técnicas de la cobertura. Se excluyen las técnicas de litotricia para tratamiento de la litiasis del aparato urinario –cuya responsabilidad se trasladó a las instituciones de asistencia médica públicas y privadas–, en virtud de que las mismas no reunían los requisitos de medicina altamente especializada. Se entendió que su nuevo ámbito de gestión permitirá una mejor coordinación de la asistencia de los pacientes.

En casos especialmente justificados, el FNR puede convenir la atención de pacientes en medios sanitarios del exterior, cuando se trate de patologías potencialmente reversibles que no puedan tratarse en el país por carecerse de recursos, siempre que existan en el

exterior tratamientos de reconocida solvencia científica. A esos efectos, la CHA emite y revisa periódicamente un listado de actos que se incluyen en esta cobertura. Para el mejor cumplimiento de estos objetivos el FNR procura acuerdos de integración y complementación a nivel regional, incluyendo el respaldo necesario para un futuro desarrollo de las técnicas en el país. Estos acuerdos pueden disponer recursos para el perfeccionamiento de técnicos.

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

También en el caso de la cobertura en el exterior se ha producido un cambio reciente: el 15 de junio de 2006 se excluyeron de este financiamiento las técnicas de radioneurocirugía, que hasta ese momento se trataban en Argentina. Desde esa fecha la radioneurocirugía con acelerador lineal ha quedado a cargo de las instituciones de asistencia médica y de los servicios de ASSE del país.

3. Beneficiarios de la cobertura del FNR y acceso a los tratamientos

Pueden acceder a la cobertura de actos médicos mediante el FNR, los pacientes radicados en el país que sean beneficiarios de servicios públicos o de instituciones de asistencia médica aportantes al sistema. A esos efectos, deberán acreditar su derecho mediante carné de asistencia vigente o por declaración de su afiliación a una institución. Es posible también afiliarse directamente al FNR en forma individual, aunque por el momento no existen antecedentes. Sólo quedan excluidas aquellas personas cubiertas por seguros parciales, que no aporten por sus afiliados.

Cualquier paciente que se encuentre en las condiciones referidas (lo que constituye de hecho la totalidad de la población del país) cuenta con cobertura para todas las técnicas incluidas en el FNR. Para ello, la Dirección Técnica de su centro de asistencia debe remitir al FNR la solicitud de cobertura para su autorización, acompañando la documentación clínica y paraclínica establecida en los protocolos correspondientes. Una vez obtenida la misma, el paciente será asistido en el IMAE que eligió.

4. El trámite de autorización de cobertura

En el marco de las reformas a las que se ha hecho referencia, el FNR implantó un minucioso proceso destinado a mejorar la toma de decisiones en el momento de autorizar la cobertura de las solicitudes que le llegan.

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

En primer lugar, se entiende que una asistencia de alta calidad requiere el cumplimiento de protocolos escritos que han sido oportunamente puestos en conocimiento del cuerpo médico. Además de esa comunicación formal, es posible para cualquier persona acceder a los protocolos en el sitio web del FNR.

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

Todos los pacientes para cuyo tratamiento se solicita cobertura al FNR son visitados por un médico evaluador, como parte de un "sistema de segunda opinión". El FNR ha recuperado así uno de los meca-

nismos más tradicionales para mejorar la calidad de la asistencia médica y que es notablemente aceptado por la población. Este médico evalúa al paciente en su domicilio o en el lugar de internación y emite un dictamen de asesoramiento al FNR que es tenido en cuenta en el momento de adoptar la resolución. La existencia de este mecanismo ha mejorado la calidad de la información en base a la cual se toman las decisiones.

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

Cuando corresponde, se proponen al paciente o a su médico tratante medidas para mejorar las condiciones previas: dejar de fumar, bajar de peso, disminuir el riesgo de infecciones, entre otras, para lo cual el FNR ofrece programas específicos.

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

Cuando el FNR entiende que en un paciente no es pertinente la cobertura de cierto procedimiento, un médico se comunica con él o con sus familiares para transmitir los fundamentos técnicos de tal decisión. Simultáneamente, el médico tratante es informado al respecto y, si es necesario, se le invita a concurrir a una sesión de ateneo en la que se discute el caso específico.

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

5. Número y distribución de los IMAE[1]

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

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

Año	Nº Total	Adscripción		Ubicación	
		Pública	Privada	Montevideo	Interior
1990	28	3	25	19	9
1994	54	5	49	38	16
1996	96	11	85	75	21
1998	98	11	87	77	21
2001	102	11	91	80	22
2003	112	14	98	89	23
2005	116	15	101	91	25

[1] En el anexo II figura el listado de IMAE que cuentan con cobertura del FNR para las diversas técnicas.

La distribución de los IMAE según su ubicación queda representada en el siguiente gráfico.



6. Mecanismos de financiamiento

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

* el reintegro del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) por los actos médicos realizados a pacientes con cobertura a través del Ministerio de Salud Pública (MSP)-Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE);

* el aporte de los entes autónomos, servicios descentralizados y de las administraciones departamentales para cubrir la atención de aquellas personas cuya asistencia esté directamente a su cargo;

* el aporte de las instituciones de asistencia médica colectiva y otros seguros asistenciales, que transfieren el aporte mensual de sus afiliados;

* el aporte del Banco de Previsión Social por todos los afiliados a las IAMC a través de la seguridad social;

* el reintegro del Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas por los actos médicos realizados a sus beneficiarios, de acuerdo a un convenio firmado en el año 2003;

* el reintegro del Banco de Previsión Social (BPS) por los actos médicos realizados a pacientes con patologías congénitas que se encuentran bajo su cobertura, de acuerdo a un convenio firmado en el año 2003;

* el aporte por afiliación directa, de las personas que deseen contratar individualmente un seguro para estas prestaciones;

* el producido del gravamen de un 5% sobre los premios a abonar por los aciertos producidos en el juego denominado «Cinco de Oro» (Pozo de Oro y Pozo de Plata);

* el producido de un gravamen del 20% aplicado a los juegos de azar, en los que se participa a través de llamadas al 0900.

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

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

7. Estructura de Dirección

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

* un Presidente, que es el Ministro de Salud Pública o quien le represente;

* otros dos representantes del MSP;

* un representante del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF);

* un representante del BPS,

* tres representantes de las instituciones de asistencia médica colectiva, o sus asociaciones de segundo grado, seleccionadas en base al número de afiliados que representan,

* un representante de los IMAE.

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

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

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

* autorización de cobertura de actos médicos,

* control de realización de actos médicos,

* vigilancia de complicaciones y control de infecciones,

* evaluación de resultados y análisis estadísticos,

* programas de prevención de factores de riesgo,

* determinación de protocolos, tasas de utilización y costos,

* actividades de capacitación internas y externas.



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

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

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

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

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

La mayor parte del personal se desempeña en régimen de dedicación exclusiva (sólo compatible con actividad docente), incluyendo a un alto porcentaje de los médicos.

Marco Normativo, Derechos de los Pacientes [2]

1. Jurídicamente, el FNR reviste la forma de una persona pública no estatal.

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

El FNR funciona desde el 1° de diciembre de 1980, y ha sido regulado originariamente por el *Decreto-Ley No. 14.897 del 23/5/79 y su Decreto Reglamentario No. 64/80 del 22/1/80.* Posteriormente, se dictó el *Decreto-Ley Nº 15.617 del 4/9/84 y su Decreto Reglamentario Nº 547/984 del 6/12/84*, por los que expresamente se definió al mismo como una persona pública no estatal, y se incorporó al órgano directriz a un representante de los IMAE.

El *Decreto-Ley Nº 14.897* que creó el FNR está, sin duda, basado en la unión y cooperación de muchos o de todos, para el cumplimiento de un fin superior: dar mejores condiciones de vida a la población a través de la salud, uno de sus más preciados bienes.

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

En la actualidad, el sistema se encuentra básicamente regulado por la *Ley Nº 16.343 del 24/12/92 y su Decreto Reglamentario Nº 358/993 del 5/8/93.*

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

La normativa actualmente vigente está constituida por:

* Las leyes: *Nº16.343 (24/12/92); Nº16.405 (17/8/93); Nº16.736 (5/1/96); Nº 17.296(10/9/99); Nº 17.296 (21/2/01); Nº 17.556 (18/9/02); Nº 17.930 (19/12/05); Nº 17.309 (30/3/01 y el Tratado Ordenado de Contabilidad y Administración Financiera (10/6/97).*

* Los Decretos: *Nº 348/993 (3/8/93); Nº 358/993 (5/8/93); Nº 349/999 (5/11/03); Nº 384/001 (2/10/01); Nº 30/003 (23/1/03); Nº 101/003 (13/3/03); Nº 385/0005 (23/9/03) y Nº 527/005 (19/12/05).*

La *Ley Nº 16.343* y sus normas complementarias establecen la creación e integración del sistema, la naturaleza jurídica de la CHA que lo dirige, así como las definiciones de IMAE y el propio concepto de medicina altamente especializada, y se hace una clasificación entre IMAE públicos y privados, tomando como base la naturaleza jurídica de sus titulares.

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

[2] En la Segunda Parte se incluye un texto ordenado de las disposiciones que regulan al FNR

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

El listado de actos cubiertos dentro del país puede ser ampliado, reducido o modificado por resolución fundada por la CHA. A partir de la *Ley de Presupuesto Nº 17.930 del 19/12/05,* también puede incluirse la cobertura de medicamentos.

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

La *Ley Nº 16.343* –manteniendo el criterio vigente desde los orígenes del Sistema– establece la cobertura económica de estos actos como ya se ha detallado en el capítulo anterior.

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

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

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

Esta cobertura está limitada a beneficiarios radicados en el país –al igual que los actos médicos cubiertos dentro de fronteras– además está condicionada según sea la situación económico-patrimonial del paciente y su núcleo familiar, dependiendo de la cual podrá no cubrirse el acto o cubrírselo parcialmente. Por tal motivo, se exige que el interesado presente -conjuntamente con la gestión de asistencia económica- una Declaración Jurada Patrimonial de Ingresos del núcleo familiar que integra, entendiéndose por tal, el compuesto por todas aquellas personas legalmente obligadas a servir alimentos a la persona para la que se solicita la cobertura financiera del FNR.(*)

La contabilización y manejo de los fondos, en un principio, se realizó –por determinación legal– por separado del de los que corresponden al financiamiento de los actos médicos a se cubren en el país. Luego se unificaron ambos fondos y los mismos se manejan en una sola cuenta.

Vinculadas con el sistema funcionan determinadas Comisiones.

Una de ellas es la **Comisión Técnica Asesora** (CTA), la que –si bien se desempeña en la órbita del Ministerio de Salud Pública– tiene una vinculación directa con la actividad del FNR. Está integrada por un representante de la Facultad de Medicina (FM); un representante del MSP y un representante designado por la CHA a propuesta del cuerpo médico nacional. Recientemente, por la *Ley Nº 17.930*, se incorporó a esta Comisión un representante del FNR, que la preside.

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

(*) El concepto de "obligación alimentaria", está tomado en el sentido amplio que modernamente el Derecho prescribe, incluyendo como un componente del mismo el item referente a la asistencia médica, y entendiéndose por obligados –de acuerdo a nuestra legislación– a padres, hijos y abuelos, recíprocamente.

Se recuerda que para las decisiones de la CHA los dictámenes de la CTA son preceptivos pero no vinculantes.

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

Estas Comisiones se integran puntualmente para el análisis de las solicitudes específicas de distintos tipos de cobertura, integración que está justificada por la diversidad de las solicitudes que pueden presentarse y la necesidad de que sean técnicos especialistas en el tema a analizar. En cada oportunidad que se integre una de estas Comisiones, la misma se compondrá por un delegado de la FM, un delegado del MSP y un delegado de los IMAE. Actualmente, por la *Ley Nº 17.930*, se incorporó a esta Comisión un representante del FNR, que la preside.

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

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

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

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

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

Hasta aquí, el estudio jurídico de la entidad analizada. Debe tenerse en cuenta especialmente que el sistema cuyo marco normativo analizamos encierra un profundo carácter humanista, fundado en un real espíritu solidario de mutuo apoyo, a través de un mecanismo que –con aportes muy pequeños– permite a la población la asistencia y rehabilitación en áreas de la medicina a las que, de otra manera, no tendría acceso.

Es este espíritu, en última instancia, el que sostiene y hace funcionar el Sistema Legal analizado, pues es bien sabido que no existe normativa que sea efectivamente aplicable sin el apoyo de una comunidad que la sustente.

2. Derechos de los Pacientes

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

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

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

El FNR ha incorporado este tema a diversos seminarios técnicos y eventos públicos con la intención de que un tema que involucra a toda la comunidad sea debatido con la mayor participación posible. Para esas instancias se ha convocado a profesionales del derecho y a organizaciones de usuarios.

Como se explica en este mismo texto, el FNR cuenta con un sistema de comunicación permanente con los pacientes. Esta comunicación tiene varios fines:

* informar los derechos que les corresponden: conocer los motivos de la intervención que se le va a realizar, sus alternativas, los riesgos, etc.; el derecho a elegir el IMAE donde prefiere ser tratado; derecho a conocer el resultado del procedimiento realizado, entre otros;

* recoger su opinión sobre la forma en que fue atendido en el IMAE, su evolución y la existencia de complicaciones;

* en los casos de actos de coordinación, los pacientes son convocados para participar en presentaciones grupales en las que se les informa en qué consiste el tratamiento que recibirán y las conductas más apropiadas para evitar complicaciones; cuando deben integrar listas de espera, se aprovecha para que el paciente llegue al acto quirúrgico más informado y en mejores condiciones;

* todas las veces en que el FNR no autoriza la cobertura de un procedimiento, se le informa directamente al paciente a través de un médico que le explica los fundamentos.

Pero tal vez el sello distintivo de la acción del FNR en esta área ha sido su permanente apertura a la escucha atenta y la recepción de planteos formulados por los usuarios de los servicios que financia. Se dispone de una línea abierta gratuita, el 0800 1980, atendida por un médico, para recibir y contestar preguntas o quejas de los usuarios. El FNR no duda en generar instancias de investigación, todas las veces que los temas presentados por los pacientes lo justifican. La investigación técnica independiente es la base de su accionar en esta área y todas las veces que las conclusiones lo ameritan, son trasladadas a los ámbitos pertinentes.

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

3. El consentimiento informado

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

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

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

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

El sustento del consentimiento informado radica en que la información acerca del procedimiento médico, sus riesgos, beneficios y efectos secundarios deben comunicarse al paciente para permitirle tomar una decisión consciente, que refleje su voluntad.

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

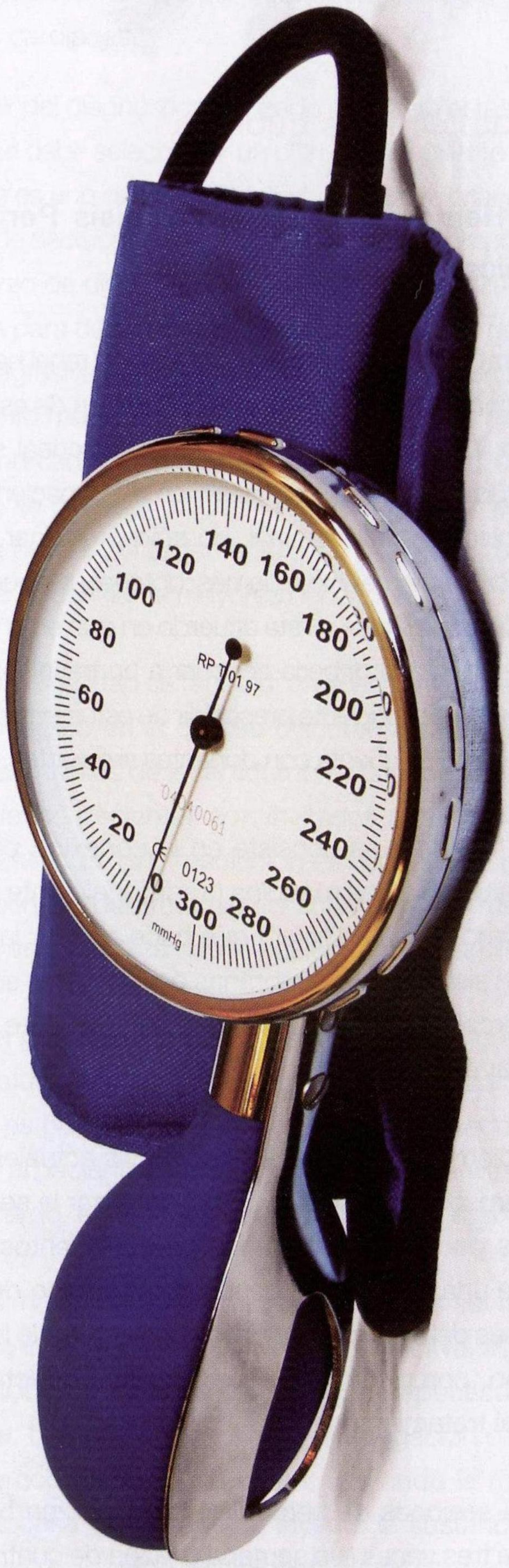
Sin desconocer la importancia de lo señalado, para el FNR poner el acento en una práctica constante y clara del consentimiento informado es una forma de fortalecer la relación médico paciente y favorecer la libre determinación del paciente, con una comunicación transparente y una información lo más completa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

Poner el énfasis en que este documento se constituya en una piedra angular en dicha relación es esencial, porque la experiencia ha demostrado que cuando los que tienen la responsabilidad de informar no lo hacen con el rigor que amerita, éste queda reducido a un mero trámite administrativo en el cual no participan ni el paciente ni el médico.

La información es el núcleo, es la herramienta que permite que se ejerzan los derechos de los usuarios y el paciente debe estar en condiciones de asumir una determinación con pleno conocimiento de sus circunstancias, sus opciones y, especialmente, de los riesgos que corre. Con ello se consagra el respeto a la autodeterminación. El paciente debe saber que tiene capacidad para consentir, pero también para disentir o aún para postergar su determinación. También debe saber que, aunque haya adoptado una decisión, por la positiva o por la negativa, puede variar la misma ulteriormente.

La libertad es uno de los derechos fundamentales del ser humano y se encuentra consagrada constitucionalmente en nuestro país por el *artículo 7º de la Constitución de la República* y es en ejercicio de ese derecho, que el individuo enfermo toma determinaciones libremente sobre su propia persona física y también espiritual.

El consentimiento informado debe estar acompañado del buen llenado de un documento de la más antigua data en la medicina: la historia clínica. Ambos elementos constituyen la base sustantiva de la información referida al paciente.



Funcionamiento y Actividades

1. Las técnicas cubiertas

1.1. Hemodiálisis (HD) y Diálisis Peritoneal Crónica Ambulatoria (DPCA)

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

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

Si bien los equipos de hemodiálisis actuales tienen numerosos mecanismos para garantizar la seguridad de los pacientes durante los procedimientos, se requiere una supervisión continua del equipo de salud, además del seguimiento de los pacientes a lo largo del tiempo, como forma de asegurar su correcta adhesión al tratamiento.

Las sesiones de hemodiálisis se realizan habitualmente tres veces a la semana a razón de cuatro horas cada una. Dicho régimen requiere el traslado periódico del paciente y, por lo tanto, su adaptación laboral o social. A efectos de minimizar estos inconvenientes, Uruguay cuenta con una red bastante extensa de IMAE de hemodiálisis –tanto en Montevideo como en el Interior–, con lo cual se facilita el acceso de los pacientes. En el año 2006, dos departamentos aún no cuentan con centro de hemodiálisis: Río Negro y Flores.

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

Esta técnica permite una mayor libertad del paciente dado que éste se autoadministra la diálisis de acuerdo a un plan indicado por el médico. No es necesaria su concurrencia frecuente a un centro de diálisis ni su conexión a una máquina, sino que basta con el entrenamiento y el control periódico. Sin embargo, no todos los pacientes pueden sustituir fácilmente una técnica por otra en virtud de las características de su organismo, su adaptación personal y su entorno.

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

Desde el punto de vista económico, el gasto en diálisis representa un 32.5% de los egresos del FNR.

En un trabajo conjunto entre el FNR y el Registro Uruguayo de Diálisis se realiza un seguimiento continuo de resultados en los diferentes centros, lo que incluye una evaluación de la mortalidad y de la calidad del tratamiento, entre otros indicadores. La mortalidad en diálisis en Uruguay ha descendido a lo largo de los años y se encuentra en un lugar de privilegio en el contexto regional.

Sin desmedro de la importancia de prolongar la vida, abatiendo la mortalidad evitable, el FNR ha dado una importancia creciente a la evaluación de la calidad de vida de los pacientes. Con esa finalidad se realiza un seguimiento de los resultados de cada IMAE. La visita periódica a los centros y la atención personalizada a los pacientes permite recoger sus opiniones y detectar los casos en los cuales se requiere un análisis más cuidadoso del tratamiento brindado.

Para estas situaciones, el FNR cuenta con un ateneo específico en el que se discute con los médicos tratantes la calidad de vida que se está otorgando a los pacientes.

1.2. Estudios hemodinámicos (EH), Angioplastias transcoronarias (APTC) y Cirugías Cardíacas (CC)

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

Los estudios hemodinámicos permiten visualizar el aparato circulatorio mediante la inyección de sustancias de contraste en la sangre. De esta forma se observa (y se registra en imágenes inicialmente radiológicas y actualmente digitales) la circulación sanguínea, tanto a nivel de las cámaras del corazón y los grandes vasos como a nivel de las coronarias (vasos sanguíneos que irrigan la pared del corazón).

En el caso de las patologías congénitas, se trata en general de pacientes pediátricos con malformaciones de diferente nivel de gravedad y complejidad. El diagnóstico puede requerir un estudio hemodinámico, aunque en muchos casos éste puede ser sustituido por la ecografía.

En pacientes adultos afectados por enfermedad coronaria, el estudio hemodinámico permite visualizar la situación de estos vasos y localizar el área precisa en que se encuentran las lesiones, si es que se confirma su existencia. En los adultos también se utiliza el estudio hemodinámico para conocer el estado de las válvulas cardíacas.

A partir del diagnóstico realizado mediante estas imágenes, se debe seleccionar un plan de tratamiento. Esta instancia es uno de los puntos habitualmente críticos de la toma de decisiones en el FNR: se requiere un importante esfuerzo de discusión y análisis basado en evidencia científica para determinar en cada caso si el uso de tecnología agresiva permitirá obtener resultados mejores al tratamiento médico no invasivo. Dada la notoria influencia del mercado de equipamiento y dispositivos, en expansión, se necesita un criterio médico muy firme para evitar agredir injustificadamente a los pacientes cuando no existe evidencia de mayores beneficios.

Con esa finalidad se reúne dos veces a la semana un ateneo médico en el que se discuten los casos que presentan niveles de incertidumbre. Los médicos tratantes de los pacientes son invitados a participar en estas instancias. Si la resolución es negativa respecto a la cobertura del tratamiento solicitado, un médico del FNR se comunica con el paciente o sus familiares.

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

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

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

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

Estas técnicas representan en conjunto un 34.6% de los egresos del Fondo.

1.3. Implante de Marcapasos y Cardiodesfibriladores

Son dos técnicas vinculadas a trastornos específicos del ritmo cardíaco.

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

El implante de marcapasos tiene una larga historia en el Uruguay que data de la década de los 70 y es uno de los actos que permanecen dentro de la cobertura del FNR desde su creación. Es significativo recordar que el primer implante exitoso de un marcapaso en el mundo se realizó en Uruguay.

El desarrollo actual de esta tecnología permite al médico manejar diferentes alternativas de marcapasos, adaptándose a la indicación más precisa de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

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

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

Constituye una técnica notoriamente agresiva por lo cual es preciso extremar los cuidados en el momento de seleccionar los pacientes para su indicación. Por ese motivo, el FNR cuenta con una instancia de ateneo semanal en el que se discuten todos los casos. Este ateneo solicita al médico tratante el aporte de toda la documentación clínica y paraclínica necesaria para fundamentar el diagnóstico y justificar suficientemente la indicación. También en este caso la comunicación de la resolución, al paciente o sus familiares, está a cargo de un médico.

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

En conjunto, el implante de marcapasos y cardiodesfibriladores representa un 5.8% del presupuesto del FNR.

1.4. Trasplantes

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

Para facilitar esta coordinación, todos los ingresos de pacientes a lista de espera de trasplante son comunicados al FNR de inmediato, con la finalidad de que éste analice el caso y disponga si brindará o no la cobertura financiera del mismo, de acuerdo a los protocolos vigentes. En caso afirmativo, el paciente, sus médicos tratantes y el INDT son informados. A partir de ese momento, la responsabilidad del manejo de listas de espera, procuración y asignación de órganos, corresponde enteramente al INDT.

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

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

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

El conjunto de los trasplantes, incluyendo los que se realizan en el país y en el exterior, representan el 10.8% de los egresos del FNR.

1.5. Tratamientos de Grandes Quemados

Las personas que padecen de quemaduras severas como consecuencia de accidentes requieren una atención especializada, en virtud del grave riesgo para su vida así como por las importantes secuelas que pueden producirse. El paciente quemado grave es un paciente crítico que requiere la atención de un equipo interdisciplinario desde el momento del ingreso, e incluso después de obtener el alta. Por ese motivo, desde la creación del Centro Nacional de Quemados (CENAQUE) este tipo de tratamientos ha sido colocado bajo cobertura del FNR. Si bien inicialmente se había concebido la existencia de un único centro de referencia puesto bajo la responsabilidad conjunta del MSP y la Universidad de la República, posteriormente, se incorporaron dos centros más, uno de ellos especializado en niños.

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

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

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

Esta técnica representa un 1.9% de los egresos del FNR.

1.6. Artroplastia de Cadera y de Rodilla (Prótesis)

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

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

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

Diversos estudios de seguimiento realizados por el FNR en los cuales se comprobaron niveles preocupantes de complicaciones inmediatas y alejadas, vinculadas al mal tratamiento de dichos factores de riesgo, son el sostén de esta política. Hoy en día el FNR cuenta con un sistema de vigilancia activa a cargo de licenciadas en enfermería para los postoperatorios de estos pacientes.

Las prótesis de cadera con cobertura del FNR en el 2005 fueron 2.207 y las de rodilla 773.

El 6.3% de los egresos del FNR se destinan a actos de prótesis.

1.7. Implante Coclear

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

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

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

En el 2005 se implantaron 15 pacientes.
El costo de esta técnica significa el 0.3% de los egresos.

1.8. Litotricia de la Vía Urinaria

Más del 90 % de los pacientes con cálculos renales son de tratamiento médico, lo que incluye un conjunto de indicaciones para la modificación de los hábitos higiénico-dietéticos, así como el uso de algunos medicamentos, medidas que facilitan la eliminación espontánea de los mismos. Sin embargo, existen algunos cálculos que por su topografía, tamaño y repercusiones requieren de otros procedimientos para su remoción. De ellos la litotricia extracorpórea, la litotricia percutánea y la extracción endourológica han contado anteriormente con financiación del FNR.

En junio de 2006 el FNR dispuso excluirlas de su cobertura entendiendo que no constituían medicina altamente especializada, de acuerdo al dictamen de varias auditorías. Al mismo tiempo, el MSP dispuso que debían ser asumidas con carácter obligatorio por parte de la asistencia médica pública y privada, de manera de asegurar que estuviesen disponibles para los pacientes cuando las requiriesen. El traspaso se hizo acompañado de diversas medidas técnicas y administrativas tendientes a asegurar que la transición fuera sin dificultades, especialmente en lo que se refiere a garantizar el acceso a las prestaciones cuando estén correctamente indicadas.

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

Hasta el momento de ser retirada de la cobertura, la litrotricia significaba el 1.3% de los egresos del FNR.

1.9. Actos Médicos Cubiertos en el Exterior del País

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

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

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

Los trasplantes hepáticos y pulmonares son realizados mediante convenios con instituciones de Argentina y las excepcionales cirugías cardíacas por enfermedad congénita son derivadas a un centro en San Pablo. Todos los centros han sido seleccionados en virtud de sus resultados y de los costos favorables que ofrecen.

Para autorizar la cobertura financiera de un tratamiento en el exterior del país es necesaria la participación de una CTM que evalúa la pertinencia de cada solicitud. Estas comisiones son integradas por un representante del MSP, uno del FNR, uno de los IMAE y uno del cuerpo médico nacional. Todos ellos deben ser especialistas con trayectoria en la patología de referencia.

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

La cobertura de actos en el exterior representó un 1.1% de los egresos del FNR en el período analizado.

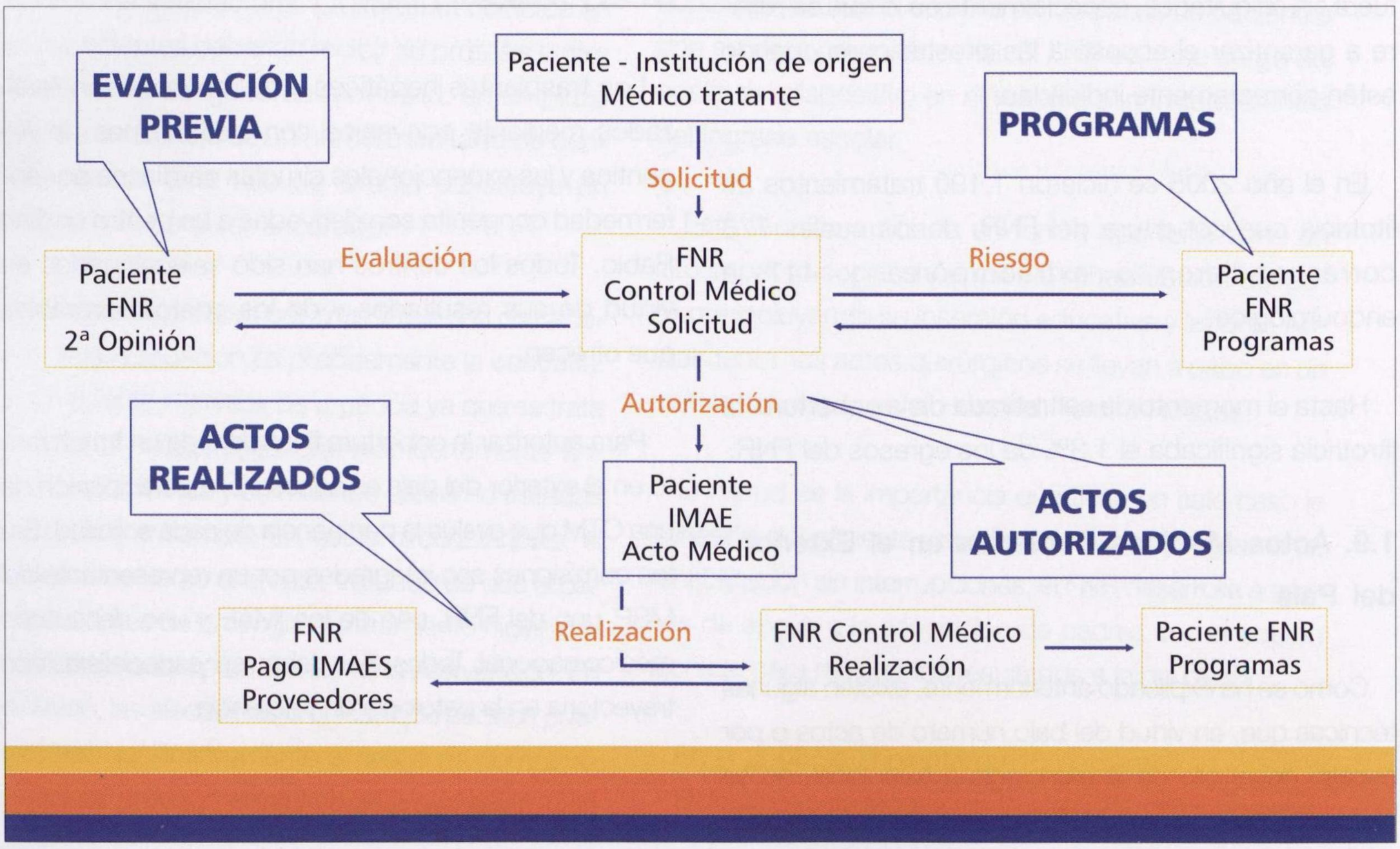
2. La autorización de cobertura

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

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

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

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



2.1. Pauta escrita de requisitos técnico-administrativos

Para todas las técnicas incluidas en el FNR, existen protocolos escritos de las indicaciones cubiertas, las que incluyen, entre otros aspectos, el listado de estudios y análisis previos, requeridos en cada grupo de indicaciones. Los mismos han sido preparados por técnicos del FNR con los debidos asesoramientos, en base a criterios de evidencia científica. Estos protocolos fueron oportunamente puestos en conocimiento del cuerpo médico y se encuentran disponibles en el sitio web del FNR.

Estos protocolos fijan, además, los límites de la cobertura del FNR. Se determinan los casos en los cuales los IMAE no deben solicitar nuevas autorizaciones dado que el FNR entiende que no caduca la responsabilidad de aquél sobre tratamientos ya comenzados. Se busca evitar que se genere inducción de demanda a partir del tratamiento de complicaciones o por la mala evolución de pacientes ya tratados. Con este mecanismo el FNR deja en claro que cuando un IMAE solicita y obtiene autorización de cobertura para un procedimiento, está asumiendo las responsabilidades y riesgos que se derivan del mismo, por lo cual no podrá luego transferir al FNR gastos adicionales.

De esta manera queda establecido que el FNR puede restringir la cobertura financiera de ciertos procedimientos cuando lo que se realiza no tiene relación fundada con lo que se solicitó, o bien cuando la evolución del paciente requiere tratamientos adicionales que deben quedar a cargo del mismo IMAE.

2.2. Control de vigencia de los derechos de cobertura

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

2.3. Control de documentación

En cada caso la Secretaría Médica es responsable de controlar que en el momento del ingreso de una solicitud, se hayan aportado todos los documentos necesarios.

Entre ingresos y reingresos, llega al FNR un promedio de 100 trámites de solicitud de cobertura por día, de los cuales el 60% son coordinados y el 40% urgencias.

2.4. Ingreso de datos al sistema de información en Registros Médicos

Verificada la documentación, es remitida a Registros Médicos. Allí se identifica al paciente, se consulta si cuenta con procedimientos anteriores y, en caso negativo, se le asigna número de registro y se ingresa al sistema de información.

A partir de ese momento, todas las variables de los formularios de solicitud son ingresadas al sistema mediante códigos predefinidos, constituyendo la base de una historia clínica informatizada. Hasta el año 2002 sólo se ingresaban datos de identificación del paciente y características del procedimiento a realizarse. Actualmente, el sistema informático permite conocer -mediante los permisos y consultas correspondientes- toda la información sobre las condiciones del paciente y los resultados de los estudios que se le hicieron, otros actos cubiertos por el FNR, eventuales complicaciones y cada uno de los controles de seguimiento que se realizan.

Registros Médicos cuenta además, con parámetros objetivos que le permiten detener el ingreso de un

formulario de solicitud si falta alguno de los datos considerados "requeridos". Esta definición fue adoptada con criterio técnico a efectos de mantener la calidad de las historias ingresadas. En esa circunstancia la documentación es devuelta a la institución de origen, adjuntando una nota en la que se deja constancia del motivo.

2.5. Evaluación externa: Sistema de Segunda Opinión Médica

En base a una pauta predefinida, el FNR dispone en cada caso si se requiere una evaluación médica previa para analizar la pertinencia de la cobertura financiera solicitada. En los casos afirmativos, se envía un médico evaluador externo a visitar al paciente, examinarlo y completar una historia clínica que servirá de asesoramiento al FNR. De esta forma, se cuenta con un sistema de segunda opinión médica que ha mejorado notoriamente la información disponible.

Estos médicos evaluadores están constituidos como equipos externos de trabajo, seleccionados por el FNR mediante llamado público. En el proceso de selección se han priorizado las especialidades de internista, médico de familia, cardiólogo clínico, intensivista, entre otras, como forma de jerarquizar la visión integral de los pacientes. Una vez al año, estos médicos firman una declaración jurada de incompatibilidades, en la que debe figurar toda su actividad profesional y la de sus familiares directos.

En el año 2006 se evalúa entre el 75% y el 80% de las solicitudes de cobertura.

Los médicos evaluadores emiten un informe de asesoramiento que no tiene carácter de autorización. De este modo se procura evitar confusiones en cuanto a una responsabilidad que es exclusiva del FNR. Estos informes son ingresados al sistema informático en forma remota, lo cual ha permitido abatir los plazos y eliminar tareas de digitación dentro del FNR.

Hay plazos máximos para el ingreso de los informes de evaluación, con sanciones pecuniarias para los casos de incumplimiento.

Existe un reglamento y compromiso de gestión con los grupos de médicos evaluadores. Los mismos deben presentarse correctamente ante los pacientes, identificarse como tales, aclarar el alcance de su función y solicitar al paciente o su familiar que, en caso de duda, se comunique directamente con el FNR. Los médicos evaluadores cuentan con un material escrito para entregar en el momento de la visita.

Están expresamente impedidos de formular ante el paciente cualquier tipo de consideración respecto al tratamiento que se haya solicitado. En algunos casos en que no se ha dado cumplimiento a esta disposición se ha generado la inmediata desvinculación del profesional. De esta forma se procura evitar interferencias con la asistencia del paciente. Por el mismo motivo no deben debatir con los médicos tratantes. Los médicos evaluadores enviados por el FNR deben dejar constancia de su presencia, pero no escribir en la historia clínica, si el paciente se encuentra internado. Ante cualquier reclamo en ese sentido, deben orientar a los interesados a comunicarse con el FNR.

2.6. Control médico interno

Reunida toda la documentación, incluyendo el informe del médico evaluador, y en un plazo que no debe ser superior a las 48 horas luego del ingreso de la solicitud, la misma debe ser puesta a consideración de un médico del FNR. Se dispone de tres médicos asignados a esta función, que también incluye la participación en ateneos y actividades de evaluación.

Para tomar su decisión, el médico cuenta con

* la información clínica y paraclínica en formato electrónico, que ha sido ingresada inmediatamente antes;
* la documentación en papel, con todos los documentos enviados, resultados de exámenes, imagenología, etc. y
* el informe de evaluación médica externa ya realizada.

En base a esos elementos y teniendo a la vista los protocolos vigentes, el médico debe adoptar una resolución. En la mayor parte de los casos, en razón del carácter de la patología o de la claridad de la información con que cuenta, está en condiciones de resolver en el momento. Esta resolución queda registrada en el sistema de información y además, en los formularios de papel donde debe consignar su firma.

Una vez que se adoptó resolución, los datos pasan a la instancia de emisión de la autorización.

Si el médico del FNR lo entiende necesario, puede solicitar que el caso sea considerado por un ateneo médico en virtud de su complejidad, lo cual ocurre aproximadamente en un 10% de las solicitudes. El ateneo puede ponerse en contacto con el paciente o citar al médico tratante si lo entiende necesario.

2.7. Ateneos médicos

A efectos de otorgar mayor seguridad y respaldo a la toma de decisiones para la cobertura de actos, el FNR cuenta con un sistema de ateneos que se reúnen una o dos veces por semana, según los casos.

Estos ateneos están integrados por médicos de reconocida trayectoria profesional y académica. Todos ellos son docentes universitarios de grado superior o miembros reconocidos de sociedades científicas. También en este caso se han priorizado los perfiles médicos más integrales (internistas, cardiólogos, intensivistas, entre otros) como forma de que el FNR no quede restringido a quienes realizan las técnicas intervencionistas que deben analizar. Los miembros de los ateneos han sido seleccionados en base a sus antecedentes, en algunos casos mediante llamados simultáneos con los médicos evaluadores y en otros, por designación de las autoridades. Todos los ateneos cuentan con la participación de médicos del FNR y apoyo administrativo, a efectos del manejo de la documentación de los pacientes.

Los integrantes de los ateneos firman anualmente la declaración de incompatibilidades a la que ya se ha hecho referencia.

Existen los siguientes ateneos para asesoramiento en la etapa de autorización de cobertura:

* ateneo cardiológico para las solicitudes de cobertura para recambio valvular y cirugía coronaria. Se puede enviar a este ateneo cualquier caso que, a juicio del médico del FNR, reúna condiciones particulares que justifiquen un análisis más profundo;
* ateneo de marcapasos para las solicitudes de cobertura para dispositivos con respuesta en frecuencia y resincronizadores (biventriculares);
* ateneo de estado nutricional para las solicitudes de cobertura para implante de prótesis en pacientes con índice de masa corporal con valores de obesidad mórbida;
* ateneo de cardiodesfibriladores en el que se discuten todas las solicitudes de cobertura para este procedimiento;
* ateneo para las solicitudes de cobertura para ingreso a lista de espera de trasplante cardíaco;
* ateneo para las solicitudes de cobertura para ingreso a lista de espera de trasplante renal;
* ateneo de hematología para las solicitudes de cobertura para determinados medicamentos;
* ateneo para las solicitudes de cobertura con PEG Interferón en pacientes con secuelas de hepatitis C;
* ateneo para solicitudes de cobertura de medicación oncológica;

2.8. Programas de prevención y control de riesgos vinculados a la realización del acto solicitado

En los casos en que el médico del FNR lo considere necesario, se coordinará con el paciente su ingreso a alguno de los programas en los cuales se llevan a cabo actividades preventivas y de control de factores de riesgo. De esta forma se procura abatir las posibilidades de complicaciones y por lo tanto, mejorar las chances de éxito del procedimiento solicitado. Estos programas se llevan a cabo en el mismo local del FNR o bien en la institución de origen del paciente (cuando la misma ha firmado un convenio de trabajo con el

FNR), en forma coordinada y con el apoyo financiero de este organismo.[1]

2.9. Emisión de la autorización, control de reiteración de actos y de tasas de utilización

Una vez que el médico del FNR ha resuelto que corresponde autorizar la cobertura solicitada, la documentación es puesta a consideración del médico de control de autorizaciones. En esta etapa se realiza una revisión de algunos factores adicionales:

* si el paciente ha tenido cobertura de actos anteriores relacionados a la misma patología, se analiza si los tratamientos están vinculados y se puede entender que otras autorizaciones están vigentes y que, por lo tanto, no es necesario emitir una nueva;

* si el paciente ha sido sometido a dos revascularizaciones coronarias anteriores e ingresa una solicitud para la tercera, se envía una carta en la que se informa al paciente de la situación y se le solicita la firma de un consentimiento especial en el que consta que se le han informado ciertas restricciones a la cobertura;

* si la institución solicitante del procedimiento se mantiene dentro de las tasas de utilización de las diversas técnicas que fueron establecidas como promedios por el FNR. Dichas tasas han sido calculadas a partir de los datos reales de los últimos 5 años ajustándolos para cada técnica en base a la tendencia del período y la composición etaria de cada población. Eso permite evitar el riesgo de restringir el acceso en departamentos o instituciones cuya población tiene condiciones particulares que deben ser tenidas en cuenta. En los casos en que el número de solicitudes de una institución o un hospital departamental se encuentre por encima de la tasa de uso promedio, el médico encargado puede autorizar la cobertura si entiende que es pertinente, pero pone el tema en conocimiento de la Dirección Técnico Médica a efectos de tomar contacto con la institución en cuestión. De esta forma, el sistema adquiere el carácter de "monitoreo" de la utilización de la cobertura del FNR;

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

En base a lo propuesto por el médico del FNR y a las consideraciones que resultan de estos análisis adicionales, el médico encargado de autorizaciones dispone emitir o no la autorización de cobertura y con qué restricciones, momento en que se expide el documento correspondiente.

2.10. Comunicaciones al paciente

Si la decisión es negativa o si el trámite queda pendiente por algún motivo, el sistema informático emite automáticamente una nota para el médico solicitante.

Simultáneamente, un médico del FNR se comunica con el paciente y le explica el motivo por el cual se entiende que no es conveniente emitir esa autorización de cobertura financiera. Si es necesario, el paciente es entrevistado personalmente.

El porcentaje de solicitudes no autorizadas fue de 5.6% en el año 2005.

Este mismo médico tiene a su cargo otras actividades de comunicación con los pacientes. Aquellos a quienes se autorizó cobertura para actos quirúrgicos no urgentes son invitados a actividades grupales de información, a las que pueden concurrir si lo desean. Se trata de instancias en las que el FNR explica las características de la técnica que recibirán, poniendo especial énfasis en la importancia de la prevención y el seguimiento. Los pacientes son motivados a recibir vacunación contra la gripe y otras enfermedades respiratorias, a llevar adelante estilos de vida saludable, evitar el tabaquismo y modificar hábitos de alimentación, si corresponde. De esta forma, los pacientes

[1] Se desarrollan en pág. 39 como Programas de control de factores de riesgo.

generan un vínculo directo con el FNR que resulta importante para el seguimiento de todo el sistema.

2.11. Archivo de documentación

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

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

Al mismo tiempo, la incorporación de un sistema de control de tasas de uso por grupos de población, permite la comparación con estándares internacionales que sirven de base a ajustes periódicos del sistema.

3. El control de documentación de actos ya realizados

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

Dicha documentación consiste en:

* formularios pre codificados correspondientes al acto médico realizado; estos pueden enviarse en formato papel o por vía electrónica, para lo cual existe un sistema de acceso remoto;

* resumen de alta, documentación de los estudios y análisis realizados y copia de comunicaciones cursadas a los médicos tratantes;

* en el caso de los estudios hemodinámicos y angioplastias se deben enviar también los registros gráficos.

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

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

Existe una serie de criterios para evaluar en cada acto si corresponde el pago del arancel y en qué condiciones. En términos generales, la función del control médico de realizaciones consiste en evaluar si el procedimiento efectuado alcanza las condiciones básicas comprometidas. Las mismas están descritas en las normativas técnicas del FNR y cuantificadas en las funciones de producción utilizadas para la determinación de los aranceles. En caso que, según el análisis de la información médica enviada por el IMAE, el acto presente diferencias sustanciales con el protocolo, se procede a ajustar analógicamente el arancel correspondiente. Se presentan a continuación algunas de las situaciones más frecuentes.

* en los casos en que resulta evidente que un IMAE adoptó como política general modificar la prestación prevista en el arancel, brindando un servicio más acotado en algún aspecto, se ajusta concomitantemente el pago;

* no se paga el arancel completo de angioplastia cuando las guías y catéteres utilizadas no logran alcanzar o traspasar la zona de la lesión. En estos casos, se aplican descuentos según hasta qué etapa del

procedimiento se pudo avanzar. Paralelamente, se controla que el paciente haya sido correctamente derivado hacia tratamientos alternativos;

* se procede al descuento de dispositivos mal identificados o cuando no coincide lo facturado por el proveedor con lo informado por el IMAE, lo que impide al FNR llegar a una conclusión inequívoca de qué procedimiento realmente se hizo. No es posible realizar el pago del procedimiento hasta que no esté claramente establecido qué se le hizo al paciente;

* similar criterio se utiliza cuando, a criterio del médico del FNR, existe discrepancia significativa entre lo que se informó respecto a la patología del paciente antes de realizar el procedimiento y lo que se informa después. Cuando no existe explicación razonable para que se haya modificado la localización de una lesión, o de una fractura o de una obstrucción canalicular, o de las condiciones generales del paciente o de sus factores de riesgo, se entiende que el FNR no puede pagar el procedimiento hasta que estén debidamente aclaradas esas situaciones;

* se controla que el tipo de marcapaso implantado esté de acuerdo al diagnóstico. Cuando ello no ocurre, se considera que el médico implantador no realizó el procedimiento solicitado por el médico tratante y avalado por el FNR;

* en el caso de actos traumatológicos, el control médico incluye revisar si se justifica el uso de prótesis parcial o total según la situación del paciente, si se realizó la rehabilitación prevista y si la documentación enviada coincide con el procedimiento hecho. Actualmente, se ha incorporado el control de la pauta antibiótica normatizada. En caso que se haya utilizado una prótesis parcial y no total, se paga el arancel que hubiese correspondido. En el caso de las prótesis modulares, sólo se pagan los componentes efectivamente utilizados. Sólo a través de un cuidadoso control médico es posible conocer esa situación y no pagar lo que el médico no utilizó;

* cuando a juicio del médico del FNR han existido complicaciones que no están debidamente informadas, se suspende el trámite de pago y se pide información adicional, incluido el seguimiento en policlínica. En estos casos, se afecta el pago del procedimiento no por la ocurrencia de la complicación sino en base al análisis de las medidas adoptadas frente a la misma;

* cuando se realiza más de un procedimiento consecutivo al paciente para tratar una misma situación, el pago es analizado en forma conjunta. Eso significa que no se paga la simple suma de aranceles sino que se analiza en conjunto el plan terapéutico y cuál fue la causa de tener que recurrir a más intervenciones, evaluando globalmente el tratamiento;

* en algunos casos, los informes de realización son analizados por evaluadores externos. Es la situación de las hemodinamias y angioplastias cuyo control incluye el análisis de los registros gráficos (cineangiografías). Del informe de estos evaluadores resultan cuatro alternativas: **a)** sin observaciones, que son la mayor parte de los casos; **b)** observado, son los casos en que se encuentran objeciones que no afectan al informe final; **c)** tildados, que son casos en los que no existen discrepancias pero hay aspectos que llaman la atención por lo cual se deja constancia y **d)** desacuerdo, cuando los evaluadores no comparten el informe que se realiza en base a las imágenes que se observan. El FNR descuenta sólo los procedimientos de desacuerdo;

* el control de realización de las litotricias incluye evaluación externa por medio de ecografía. No se pagan los procedimientos en los cuales no se confirmen las condiciones de libre de cálculos;

* en los casos en que el paciente falleció, el médico que hace el control de realización eleva el caso al ateneo de evaluación de mortalidad. Este ateneo analiza las circunstancias de la muerte, si se vincula a problemas ocurridos durante la asistencia y si las medidas adoptadas a partir de las complicaciones fueron acertadas. A partir de las conclusiones de este ateneo se aplican descuentos si corresponden. En los casos en que se justifique, se da intervención a otros organismos, elevándose los antecedentes.

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

quejas sobre la atención referida. Según la naturaleza de cada planteo, se eleva a consideración de las Autoridades para conformar una comisión investigadora o es resuelta a nivel técnico-administrativo. El Ateneo de Evaluación de Mortalidad se constituye en investigador en los casos de denuncias vinculadas a pacientes fallecidos.

Sin desmedro de otras actuaciones que puedan corresponder, los resultados de estas investigaciones son elevadas al MSP en todos los casos.

4. Programas de control de factores de riesgo

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

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

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

Como respuesta a este problema, el FNR dispuso poner en marcha un conjunto de programas dirigidos a atender esas dificultades. Estas acciones comenzaron siendo de prevención secundaria, en virtud de que se orientaron a pacientes que ya habían requerido tratamiento, pero luego incluyeron también actividades de prevención primaria y difusión de hábitos saludables en las áreas de responsabilidad del FNR. Un ejemplo paradigmático de este nuevo enfoque lo constituye el programa para la cesación del tabaquismo.

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

Se puede decir que este modelo basado en programas permitió mejorar la equidad en el acceso a la medicina preventiva, controlar la calidad de las prestaciones y aumentar la sustentabilidad del sistema.

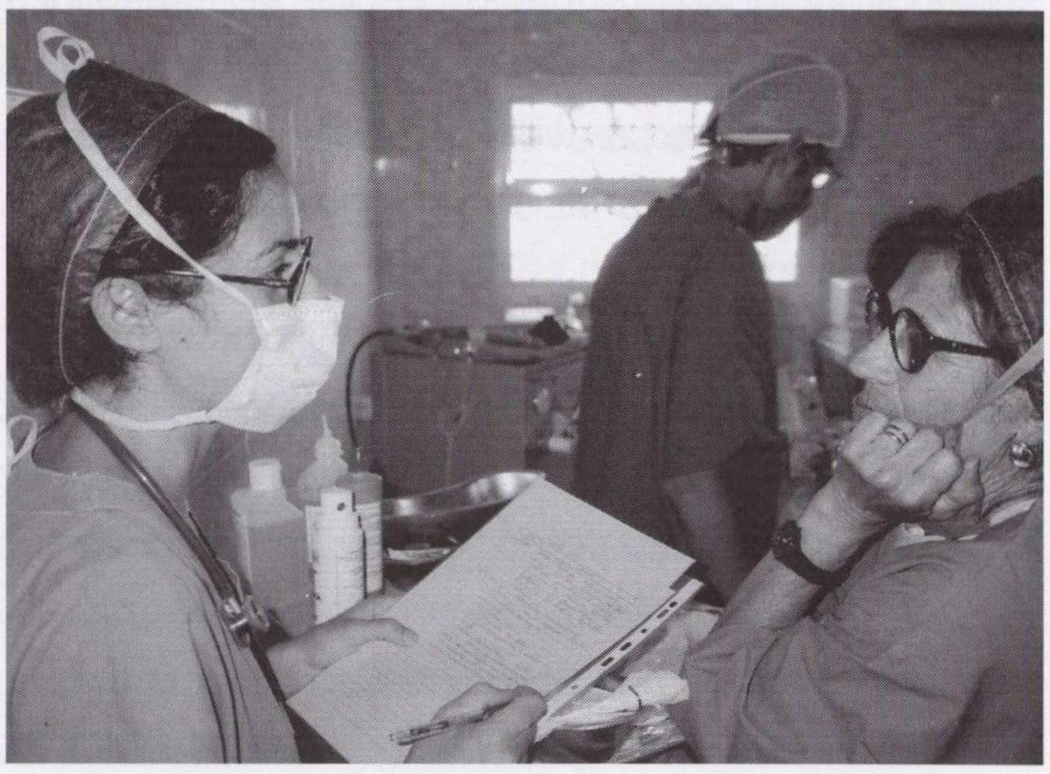
Estos programas tienen en común la citación periódica de pacientes con la finalidad de evaluar la evolución de determinados factores que tienen notoria incidencia sobre el número de actos médicos a cubrir en el futuro. Esta citación permite al mismo tiempo realizar un control de calidad de las prestaciones financiadas.

Salvo excepciones, los tratamientos cubiertos por el FNR no son curativos sino que tienen la finalidad de detener o enlentecer la progresión de enfermedades crónicas y degenerativas en determinadas circunstancias. Es sabido que dichos tratamientos, si bien solucionan la situación crítica, no tienen incidencia sobre el curso de la enfermedad en sí, por lo que ésta, dejada a su evolución natural, ocasionará nuevos episodios críticos y por lo tanto nuevas erogaciones al FNR.

Hasta el momento, la única forma identificada de incidir sobre la evolución de este tipo de afecciones es actuar sobre los factores de riesgo, lo cual implica el control periódico y el seguimiento cercano de los pacientes. Lo contrario generará peores circunstancias en el futuro, tanto para el enfermo como para el organismo financiador.

En ese contexto, el FNR considera que parte de su función de administrador de recursos que son de toda la sociedad, es adoptar una postura activa para bajar el riesgo de que ocurran nuevos eventos cuyo tratamiento ha sido puesto bajo su cobertura. Este tipo de responsabilidad social y sanitaria se hace especialmente evidente en los pacientes que ya tuvieron un episodio agudo (principal factor demostrado de riesgo de que se presente un segundo evento) o en los casos en que existe un riesgo inminente de requerir un tratamiento crónico.

Estos programas deben ser entendidos no sólo como medicina preventiva, que lo son, sino además como "de administración del riesgo" del FNR, pero esencialmente se articulan con la orientación de políticas sanitarias que postulan un cambio en el modelo de atención que privilegia la salud y no la enfermedad. Apuntan precisamente a abatir la incidencia de los gastos controlables o reiterados y a la vez sustentan un paradigma de atención a la salud basado en la ética y la responsabilidad social en el sector. Se han aplicado a la evolución de la enfermedad vascular arterioesclerótica en pacientes coronarios, a pacientes con trastornos del ritmo que requieren marcapaso o cardiodesfibrilador, a pacientes trasplantados y a pacientes con daño renal constituido. El FNR cuenta también con un programa sistemático de captación de eventos adversos y complicaciones post procedimientos, cuya ocurrencia ocasiona costos al FNR y perjuicios a los usuarios del sistema de salud.



4.1. Control y abatimiento de los factores de riesgo de la enfermedad vascular arterioesclerótica, en los pacientes coronarios que ya fueron tratados bajo cobertura del FNR

El objetivo es optimizar el manejo de la aterosclerosis en pacientes portadores de una cardiopatía isquémica, que ya requirió tratamiento cubierto por el FNR. De esta forma, se procura abatir el riesgo de reiteración de episodios que necesitarán nuevos tratamientos.

Se incluyen en este programa los pacientes revascularizados por angioplastia o cirugía de by pass aorto-coronario.

El programa tiene dos modalidades: los pacientes con cobertura del sector público son controlados en el FNR; los pacientes con cobertura de IAMC son controlados en su propia IAMC, siempre que la misma haya firmado un convenio con el FNR. En estos casos, el FNR aporta los medicamentos necesarios para el seguimiento de esta patología.

Los pacientes son contactados telefónicamente a los 45 días de realizado el procedimiento de revascularización por una licenciada en enfermería. En ese momento, se le informa sobre los beneficios de la incorporación al programa y se coordina una primera entrevista. Durante la misma, se realiza una evaluación en base a la cual se comunican al paciente los objetivos que debe lograr para controlar sus factores de riesgo y la estrategia más apropiada. Los controles se realizan al mes y medio, a los tres y a los 6 meses y luego cada año. Se entrega regularmente la medicación sin costo, mientras el paciente permanece en el programa, oportunidad en la cual se hacen controles antropométricos, se valora el nivel de cumplimiento del tratamiento, se refuerza la adquisición de hábitos saludables y se detectan complicaciones. Estas tareas periódicas están a cargo de la enfermera y la nutricionista.

El personal del FNR realiza en forma continua el monitoreo de pacientes que faltan a los controles.

4.2. Programa de detección de complicaciones y malos resultados en los actos cubiertos por el FNR, en el área cardiovascular y traumatológica

Se trata de un programa dirigido a realizar el seguimiento de las condiciones luego del alta en pacientes tratados con cobertura del FNR, a través de determinadas sintomatologías definidas como trazadoras. Al mismo tiempo, es posible conocer el nivel de satisfacción de los pacientes respecto a la atención brindada en los IMAE.

Quedan incluidos todos los pacientes que reciben tratamiento de cirugía cardíaca, angioplastia, marcapasos, cardiodesfibriladores, prótesis de cadera y prótesis de rodilla.

El personal asignado a este programa recibe a través del sistema informático el listado de los pacientes cuyos informes de realización ingresaron al FNR y que recibieron el alta tres meses antes. En ese momento, el sistema permite abrir una pantalla de registro de datos mediante una pauta definida de entrevista. En base a esa pauta se establece un contacto a los tres meses y a los seis meses de realizado el procedimiento. Cuando se detectan situaciones que lo justifiquen, se notifica a la Dirección Técnico Médica del FNR y se envía personal para visita en domicilio o internación, según corresponda.

4.3. Programa de vigilancia de reacciones pirogénicas y otras complicaciones en pacientes cubiertos en tratamiento de hemodiálisis

Se realiza una vigilancia epidemiológica de los eventos infecciosos y otras complicaciones en pacientes sometidos a hemodiálisis crónica. De esta forma es posible mantener informadas a las autoridades cuando la entidad de las complicaciones lo justifique, a efectos de adoptar las medidas pertinentes. El mismo sistema permite mantener informado a cada IMAE de su situación particular comparada con la situación general del sistema.

Diariamente, se recibe la información volcada por los IMAE en el sistema informático, que incluye el conjunto de variables que se registran en cada sesión de diálisis y que anteriormente llegaban al FNR en formato papel. Este sistema informático está dotado de mecanismos para generar "alarmas" automáticas cuando alguno de esos parámetros se encuentra por fuera de lo aceptable.

El personal asignado al programa revisa diariamente la información y toma contacto con el IMAE cuando alguna situación lo justifica. Este contacto puede ser telefónico o personal según las circunstancias.

Paralelamente, se lleva a cabo un programa continuo de visitas programadas a los IMAE de todo el país, en las cuales se realiza la supervisión general del servicio y se chequea la calidad de la información volcada al sistema, comparándola con los registros existentes en el centro.

Se realiza el control de los resultados microbiológicos en las planillas en las que se registran los tratamientos sobre el agua así como la sanitización de equipos y se observan las condiciones de instalaciones y almacenamiento. El personal de enfermería asignado a este programa lleva a cabo, además, un plan de visitas de control de la técnica de lavado de manos.

Existe un horario de atención personal a pacientes que deseen formular quejas o inquietudes al FNR. En los IMAE del interior, ese horario se cumple en el local en ocasión de las visitas.

4.4. Control de la programación de marcapasos implantados y de la situación en que se encuentran los dispositivos para cuyo recambio se solicita cobertura financiera

Este programa tiene como finalidad conocer las condiciones en que son programados los marcapasos que se implantan con cobertura del FNR así como las de los que van a ser recambiados. En base a esa revisión, se hacen recomendaciones a efectos de lograr mayor rendimiento del dispositivo.

Por el momento, son citados para control los pacientes procedentes de Montevideo, Canelones, Florida y San José y la totalidad de los pacientes para quienes se solicita un recambio. Los pacientes de Montevideo son controlados en el local del FNR y los del Interior, en locales de consulta que resulten accesibles para el paciente, fijándose día y hora.

La evaluación verifica si la programación se adecua a las condiciones requeridas por el paciente. En caso contrario, el paciente es derivado al IMAE con la comunicación escrita correspondiente. Toda la información se registra en la base de datos del FNR mediante un programa informático diseñado para este fin.

4.5. Control de la actividad de cardiodesfibriladores implantados y pertinencia de los recambios

Se busca conocer la frecuencia de descarga de los dispositivos implantados y qué porcentaje de las mismas fueron apropiadas para la situación clínica del paciente. Al mismo tiempo se conocen las condiciones en que se encuentra el generador de un CD cuando se solicita cobertura para su recambio, de manera de establecer si el mismo es necesario y qué porcentaje de garantía corresponde al proveedor.

Son evaluados todos los pacientes con cardiodesfibrilador implantado bajo cobertura del FNR y los pacientes para quienes se solicita su recambio. Con esa finalidad los pacientes son citados a los 6 meses del implante para una entrevista y control del dispositivo en el local del FNR. Mediante los programadores aportados por los proveedores, se verifican las descargas ocurridas en el período, estableciéndose cuántas fueron apropiadas o inapropiadas. En caso que éstas sean elevadas, se controla si la programación se adecua a las condiciones requeridas por el paciente. En caso contrario, es derivado al IMAE con la comunicación correspondiente.

Toda la información es registrada en la base de datos del FNR mediante un programa informático diseñado para ese fin.

4.6. Tratamiento para el cese de la adicción al tabaquismo en pacientes que ya fueron tratados bajo cobertura del FNR o aguardan una autorización de cobertura

Lograr el control del hábito de fumar y el mantenimiento de la cesación, como factor de riesgo de alta significación en la reiteración de eventos coronarios, es un objetivo de alta prioridad para el FNR.

Los pacientes ya revascularizados son visitados durante la internación inmediata posterior al procedimiento.

En esa entrevista los pacientes son informados sobre los daños del humo de tabaco. Se realiza la historia clínica de los candidatos a ingresar al programa (todos los que fuman o dejaron de fumar en los 6 meses previos a la entrevista). Luego del alta se retoma contacto dentro de los primeros 15 días, evaluándose la necesidad de recibir tratamiento y se motiva al paciente a concurrir a reuniones de apoyo.

Ingresan también a este programa los pacientes para quienes se ha solicitado algún tratamiento con cobertura del FNR y se debe obtener primero la cesación de la adicción al tabaco.

4.7. Control y abatimiento de los factores de riesgo nutricional demostrados en pacientes que aguardan una autorización de cobertura para tratamiento quirúrgico

Se identifican los factores de riesgo nutricional vinculados a la intervención quirúrgica en forma previa a la realización del procedimiento, como forma de disminuir el riesgo de reiteración del evento vascular. Se actúa orientando al paciente y proponiéndole un plan que promueva el cambio de hábitos, teniendo en cuenta las condiciones de cada paciente y su entorno.

Son candidatos a este programa todos los pacientes en los cuales los médicos del FNR o los ateneos encuentran índices de masa corporal igual o superior a 35 o bien igual o superior a 32, si asocia otro factor de riesgo (HTA y/o diabetes).

Los pacientes son citados para entrevista con la Nutricionista en la cual se establecen las orientaciones correspondientes y un plan de seguimiento para evaluar si descienden las condiciones detectadas de riesgo.

4.8. Abatimiento del riesgo de complicaciones infecciosas en pacientes que se encuentran bajo cobertura del FNR, mediante programas de vacunación

Se procura evitar el riesgo de complicaciones en ciertos grupos de pacientes que mantienen en forma prolongada la cobertura del FNR (en particular pacientes de trasplante) con alto riesgo de mala evolución, que causarían un significativo incremento en los gastos por controles e internaciones.

En los IMAE quirúrgicos, se realiza la captación post operatoria inmediata de los pacientes a efectos de la aplicación de la vacuna antineumocócica y (según período del año) vacuna contra la gripe. En algunos IMAE la captación se hace en policlínica, en ocasión del primer control postoperatorio. Los pacientes son previamente informados de la importancia de la vacunación y pueden consentir o no, lo cual queda registrado por escrito.

Los pacientes trasplantados o en lista de espera para trasplantes de órganos sólidos (renales, cardíacos, pulmonares, renopancreáticos y hepáticos) con cobertura, se citan al FNR para el programa de vacunación. Si el paciente lo prefiere puede vacunarse en su institución, en cuyo caso debe presentar el carné correspondiente. En este segundo grupo de pacientes, las vacunas a aplicar son: Gripe, Neumococo, Hepatitis A, Hepatitis B, Varicela, Sarampión, Rubéola y Paperas (Triple viral), Difteria y Tétanos (doble bacteriana) y Haemophilus Influenzae tipo B .

En todas las solicitudes de cobertura que ingresen para trasplantes, se requiere la vacunación del paciente.

5. Programas de Promoción, Educación y Prevención en Salud

Probablemente, el cambio principal que se ha producido en la gestión del FNR se basa en la implementación de un nuevo modelo de atención.

Durante muchos años ha predominado la opinión de que el FNR debía ser un organismo financiador de determinados procedimientos médico-quirúrgicos y que ese financiamiento debía destinarse exclusivamente a la extensión de la cobertura. Dicha restricción generó la opinión de que no correspondía al FNR realizar actividades preventivas o de promoción de la salud.

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

A partir de ese momento, temas como la adicción al tabaquismo y los factores de riesgo renal se ubicaron en un lugar prioritario para el FNR.

En primer término, se implementaron programas de prevención secundaria, entendiendo por tales aquellos dirigidos a abatir los factores de riesgo en personas que ya tienen una enfermedad en curso, procurando enlentecer su evolución y mejorar su pronóstico. Ejemplo de ello han sido el programa de salud cardiovascular y el de tabaquismo dirigidos a los pacientes que ya tuvieron una angioplastia o una cirugía cardíaca.

Posteriormente, el FNR incorporó también programas de prevención primaria, es decir acciones dirigidas a personas que todavía no han tenido síntomas de enfermedad. Existe muy importante evidencia científica del impacto que tiene dejar de fumar para la salud cardiovascular. Lo mismo puede decirse de la prevención de los diversos factores vinculados a la salud renal.

En el caso del FNR, llevar adelante este tipo de programas responde a un mandato ético, sanitario y también económico.

El cambio hacia un modelo basado en la prevención incluye programas concretos de captación de pacientes, y también actividades de difusión a la opinión pública, promoción de salud y educación del personal sanitario.

5.1. Apoyo para el cese de la adicción al tabaco en población general

El FNR cuenta también con un programa de tabaquismo abierto a toda la población. En este caso el objetivo es lograr el abandono de la adicción y el mantenimiento de la cesación, independientemente de que el paciente haya tenido o no un evento coronario.

El programa se ejecuta tanto en el local del FNR como a través de convenios con múltiples instituciones. El FNR otorga la atención a través de grupos de tratamiento así como la medicación necesaria e indicada por médico.

La base del programa reside en que el paciente, luego de haber participado en una instancia introductoria en la que se enfatiza en la información y la motivación, se incorpore voluntariamente a instancias grupales periódicas. En éstas, un profesional de la salud que actúa como moderador acompaña en forma personalizada a cada uno de los asistentes, para que exprese sus dificultades y logros personales en el camino para dejar de fumar.

La participación en los grupos es abierta, con lo cual el paciente está en condiciones de regresar aún si ha recaído en su adicción. Los médicos responsables del programa cuentan con recursos de apoyo si entienden necesaria la indicación de medicamentos.

La información de cada uno de los pacientes que participa del programa –tanto en el FNR como en las instituciones con convenio–, es ingresada a una única base de datos que permite llevar a cabo un seguimiento, evaluar los niveles de éxito y controlar los gastos.

Una especial relevancia ha tenido en esta área la capacitación de personal de salud para aplicarse a este tipo de programas. Se han llevado a cabo numerosos cursos teórico-prácticos sobre esta temática, por los cuales han pasado ya varios cientos de asistentes.

El FNR ha sido pionero en el desarrollo de este tipo de programas abiertos en nuestro medio y ha participado activamente en las acciones emprendidas a nivel nacional para obtener espacios libres de humo de tabaco.

5.2. Control y seguimiento del daño renal en pacientes en riesgo de ingreso a tratamiento dialítico

Este programa se propone reconocer e identificar precozmente la enfermedad renal a efectos de coordi-

nar las intervenciones necesarias para enlentecer o revertir su evolución, abatiendo el ingreso de pacientes para tratamientos sustitutivos de la función renal. Los pacientes son derivados por médicos del primer nivel o captados por el laboratorio y que reúnen las siguientes condiciones: creatinina >1.5 mg/dl; filtrado glomerular <60 ml/min; proteinuria >0.5 g/l; microalbuminuria >30 mg/l en diabéticos.

El paciente captado es visto por un médico del FNR que lo orienta y lo motiva para mantener su adhesión al programa y cumplir las recomendaciones médicas, estableciendo un plan de seguimiento para cada caso en virtud del daño renal encontrado. Los que no concurren son contactados nuevamente por la Asistente Social.

6. Seguimiento de resultados alejados de los actos médicos [1]

Además de las actividades de promoción, prevención y control ya descritas, el FNR lleva a cabo un programa sistemático de evaluación de resultados alejados, mediante trabajos de seguimiento. Estos estudios se realizan en forma aperiódica sobre las diversas técnicas cubiertas y mediante la aplicación de instrumentos estadísticos que permiten comparar los resultados que se obtienen en Uruguay con los de otros países y los resultados de los IMAE entre sí. [3]

7. Actividades de Desarrollo Profesional Continuo

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

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

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

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

[3] En los últimos años se han hecho los siguientes estudios que se encuentran disponibles en publicaciones del FNR: Artroplastia de Cadera por Artrosis y por Fractura, Artroplastia de Rodilla y Angioplastia Coronaria (marzo 2001); Resultados de Diálisis Crónica año 2000 (junio 2001); Cirugía Cardíaca por Enfermedad Cardiovascular Congénita y Cirugía de Revascularización Coronaria (agosto 2001); Cirugía Cardíaca por Enfermedad Cardiovascular Congénita (enero 2002); Resultados Diálisis Crónica año 2001 (junio 2002); Seguimiento Prospectivo de Artroplastia de Cadera por Fractura y Trasplante de Médula Ósea (agosto 2002); Seguimiento Prospectivo de Artroplastia de Rodilla (diciembre 2002); Resultados Diálisis Crónica 2002 (mayo 2003); Angioplastia Coronaria (julio 2003); Marcapasos (diciembre 2003); Resultados Diálisis Crónica 2003 (mayo 2004); Morbimortalidad en pacientes a los que no se autorizó cobertura del FNR (julio 2004); Cardiodesfibriladores Implantables (diciembre 2004); Resultados Diálisis Crónica 2004 (mayo 2005); Cirugía Cardíaca por Enfermedad Congénita (noviembre 2005); Mortalidad en Cirugía Cardíaca de Adultos (en etapa de revisión) (diciembre 2005); Infecciones en Cirugía Cardíaca de Adultos (en etapa de revisión) (febrero 2006) y Resultados Diálisis Crónica 2005 (mayo 2006).

En lo externo, el FNR cuenta con un curso de control de infecciones –dirigido a profesionales (médicos y licenciados en enfermería) de IMAE e instituciones de salud–, con reconocido prestigio en el medio, que ya tiene varias ediciones. En el último año, se agregó además, un curso sobre la misma temática dirigido a auxiliares de enfermería.

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

Ya se ha hecho referencia a la muy importante experiencia en capacitación de profesionales para programas de cesación de tabaquismo, que se llevaron a cabo en Montevideo y en el Interior, en varias ediciones.

8. Premio "Paciente Seguro"

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

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

El riesgo y la seguridad en las prácticas médicas constituye una temática de gran actualidad. Tiene evidentes connotaciones éticas, legales y económicas y se expresa en actividades tan variadas como: control de infecciones, estandarización de procedimientos, manejo de las complicaciones y la yatrogenia, responsabilidad médica, uso de guías y protocolos, manejo del riesgo en la toma de decisiones médicas, derechos de los pacientes, prevención del riesgo, entre otras.

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

Se busca promover y reconocer en forma explícita y pública las experiencias concretas que, jerarquizando la seguridad en la atención médica, orienten a las organizaciones hacia una acreditación integral; destacar las experiencias que tengan como objetivo el desarrollo de prácticas seguras y en el cuidado de la bioseguridad; estimular y motivar el desarrollo de una cultura organizacional de búsqueda de la calidad de atención a nivel de los IMAE.

9. Metodología para análisis de costos y determinación de aranceles

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

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

Tal como sucede con otros sectores de la economía, la optimización en la utilización de los recursos –base de la sustentabilidad del sistema– está definida por la consecución de escalas adecuadas de produc-

ción. Estas escalas o volúmenes mínimos de actuación de un servicio no sólo generan mayor pericia y especialización de los recursos humanos[2] sino también un mejor aprovechamiento económico de la capacidad instalada y sus servicios de base, esto es, los recursos de naturaleza fija.

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

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

Los objetivos de un análisis de costos que permita sustentar los aranceles son:

* estimar el costo de financiación de las técnicas para el FNR;
* conocer más acerca de las unidades prestadoras de los servicios y las variables logísticas que mayormente inciden en la prestación del servicio;
* plantear distintos escenarios de rentabilidad, separando los diferentes tipos de remuneración de los agentes involucrados en función de las variables analizadas;
* analizar la rentabilidad de las unidades, dados distintos escenarios de volumen de actividad.

La secuencia metodológica de estos análisis es presentada en el siguiente gráfico.

Secuencia Metodológica

Demanda del servicio:
- Características cualitativas
- Características de volumen

Capacidad operativa:
- Variables logísticas relevantes

Determinación de los recursos que integran la función de producción:
- Recursos variables
- Recursos fijos directos
- Recursos fijos indirectos

[2] Esta conclusión se desprende de la bibliografía internacional y de trabajos efectuados por el FNR.

A los efectos de ejemplificar la interrelación expuesta entre las variables que deben ser consideradas como base de las decisiones del administrador, se presenta como ejemplo, a continuación, el análisis del arancel para la técnica de hemodiálisis, realizado en el primer semestre de 2005.

Demanda: conformación de los tramos Técnica de Hemodiálisis (*)

(*) no incluye el centro inaugurado en junio 2005

	Nº IMAE	% IMAE	Nº actos	% actos
Tramo 1	9	24.3%	4040	14.4%
Tramo 2	1	2.7%	650	2.3%
Tramo 3	17	45.9%	13711	48.9%
Tramo 4	9	24.3%	8527	30.4%
Tramo 5	1	2.7%	1118	4.0%
Total	37	100.0%	28045	100.0%

A continuación se presenta una distribución de centros de diálisis según tramos de eficiencia, basados en el número de sillones y turnos de tratamiento.

Capacidad Operativa: Ejemplo de variables relvantes - Hemodiálisis

Estructuras Logísticas Según Tramo					Tramo Eficiente
	Tramo 1	Tramo 2	Tramo 3	Tramo 4	Tramo 5
Sillones	12	9	12	15	18
Turnos	2	3	3	3	3
Capacidad de la unidad como sesiones/mes	576	648	864	1080	1350

En este cuadro se presenta al número de sillones y al número de turnos como aquellas variables más relevantes en la conformación de la estructura de cada IMAE, según el tramo al que pertenece. Esta estructura define la organización de la unidad, su presupuesto mensual, derivado de la organización de los recursos humanos, así como también la inversión, la utilización y el nivel de riesgo de inmovilización asociado a la conformación de los equipos necesarios. La combinación de estas variables determina la capacidad de cada unidad para atender un número máximo de sesiones por mes, la que queda determinada por la siguiente fórmula: número de sillones x número de turnos x días hábiles x semanas, en un mes.

Los distintos tipos de recursos que conforman la función de producción de la técnica (o estructura de costos) se pueden agrupar de la siguiente forma:

* recursos variables cuya utilización determina costos variables, son aquellos que integran el costo marginal del acto o servicio sobre una base lineal;
* recursos fijos cuya utilización determina costos fijos; son los que están asociados a la conformación de la capacidad operativa de la unidad, por lo que, dado un rango o franja de volumen, el presupuesto mensual en estos recursos no varía.

Finalmente a partir de la estimación de la inversión inicial necesaria para cada tramo se calcula un arancel que permita una rentabilidad de acuerdo a la misma.

10. Compra de medicamentos y autorización de dispositivos

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

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

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

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

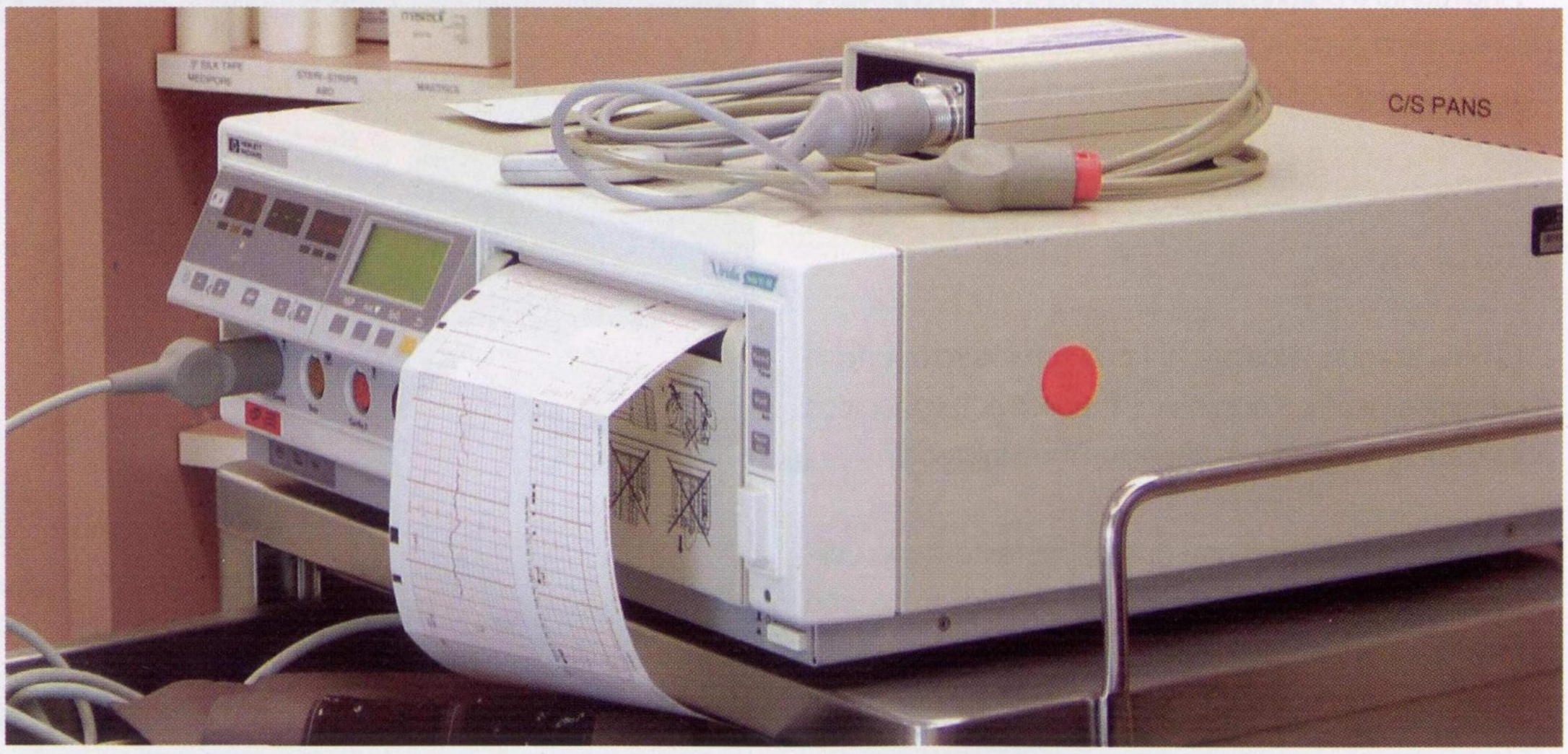
Como resultado de esta estrategia se han obtenido mejoras muy significativas en todos los casos. Algunos ejemplos se presentan en los cuadros siguientes.

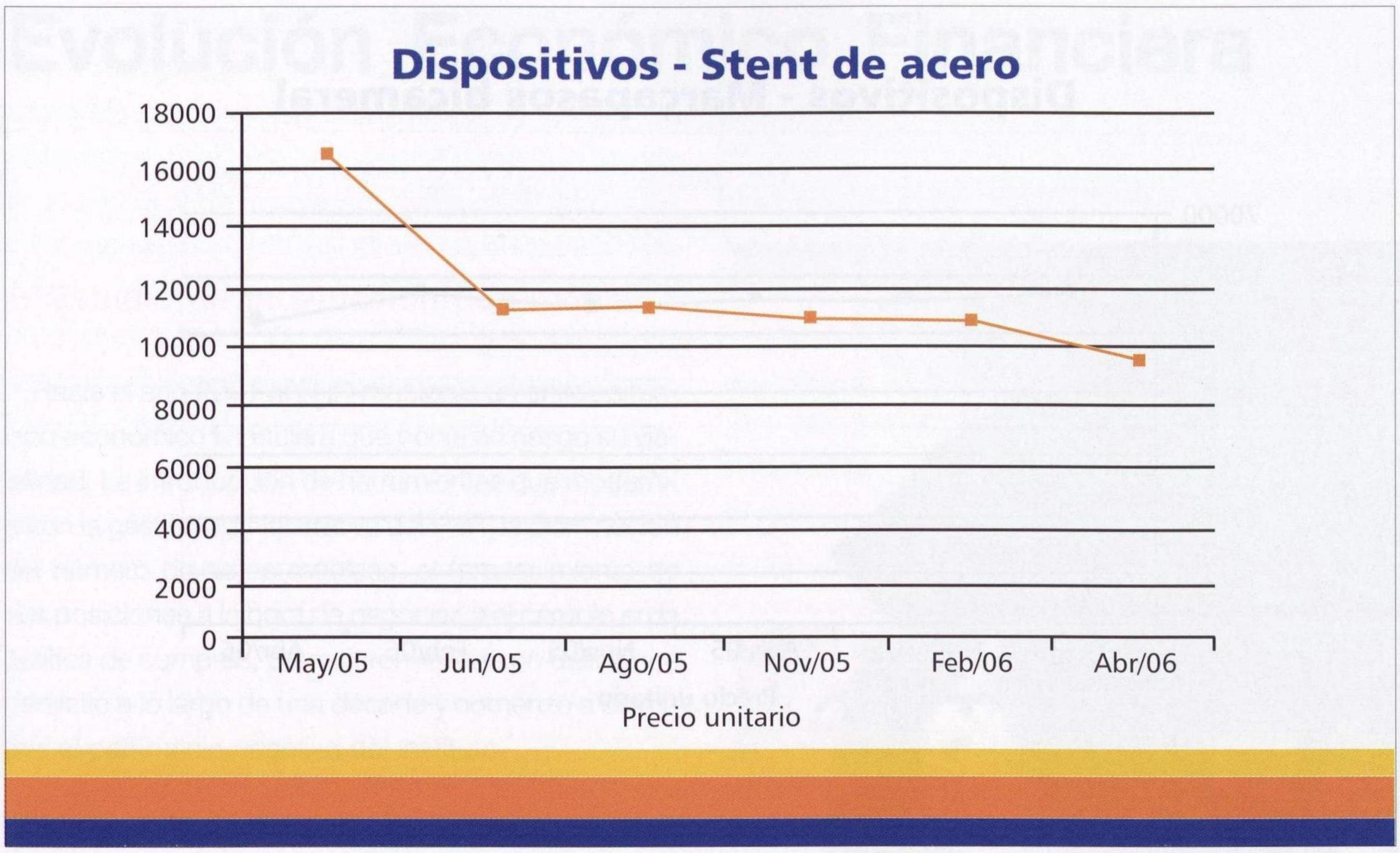


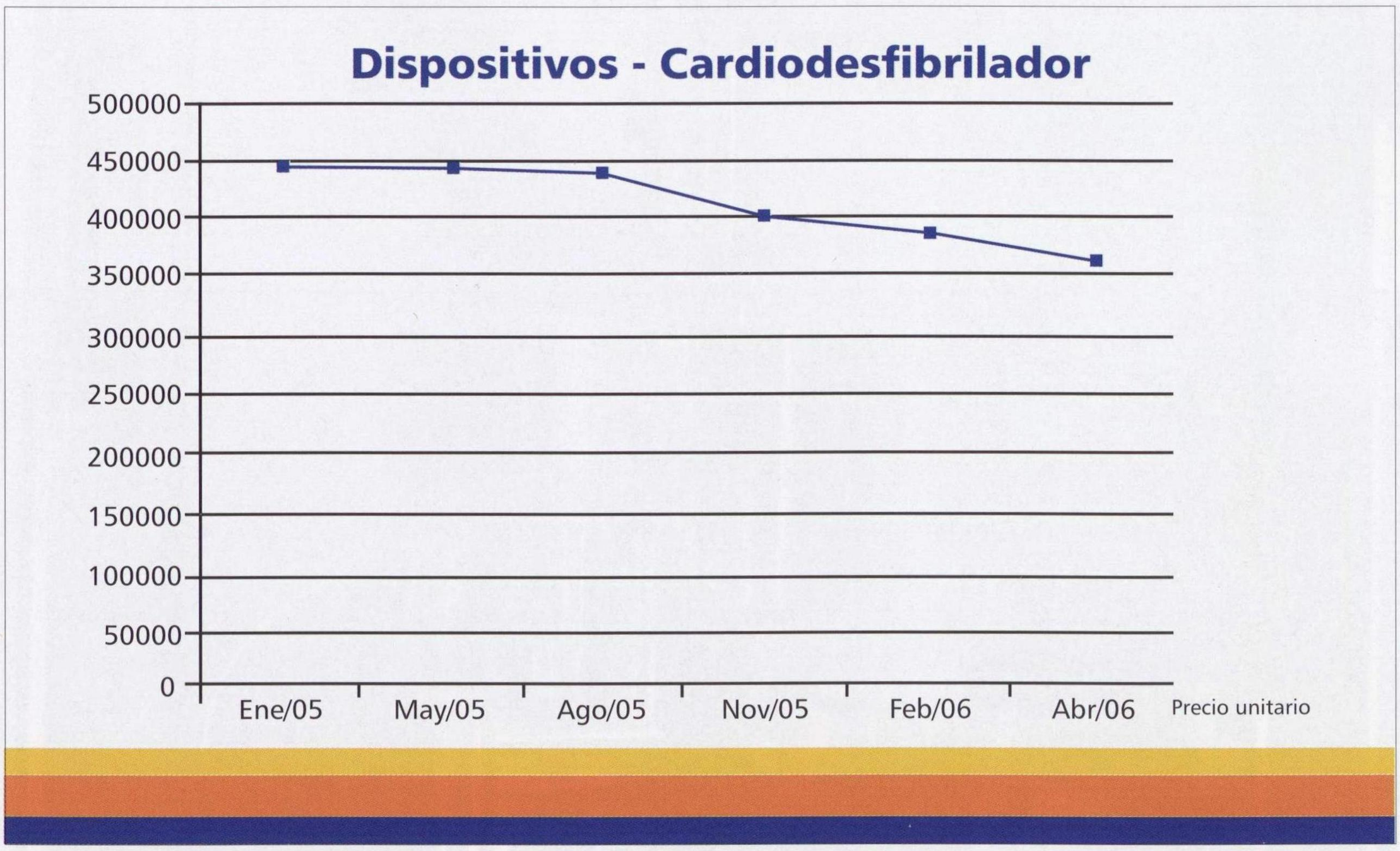
Compras de Medicamentos

Medicamento	Valor enero /05	Valor enero /06
Tacrolimus 0.5 mg	3108	1994
Tacrolimus 1 mg	12432	8324
Tacrolimus 5 mg	33066	20810
Ciclosporina 25 mg	886	587
Ciclosporina 50 mg	1610	1042
Ciclosporina 100 mg	3369	2204
Imatinib 100 mg	38872	33235
Micofenolato Sódico 180 mg	3592	3304
Micofenolato Sódico 360 mg	7183	6608
Micofenolato Mofetilo 250 mg	3204	3086
Micofenolato Mofetilo 500 mg	3204	3086
Eritropoyetina p/100 UI	120	102
Basiliximab	35356	32409
Inmunoglobulina antitimocito	7665	6132
Resinato de Nicotina	145	145
Rituximab 100 mg	21181	21181
Rituximab 500 mg	39947	39947

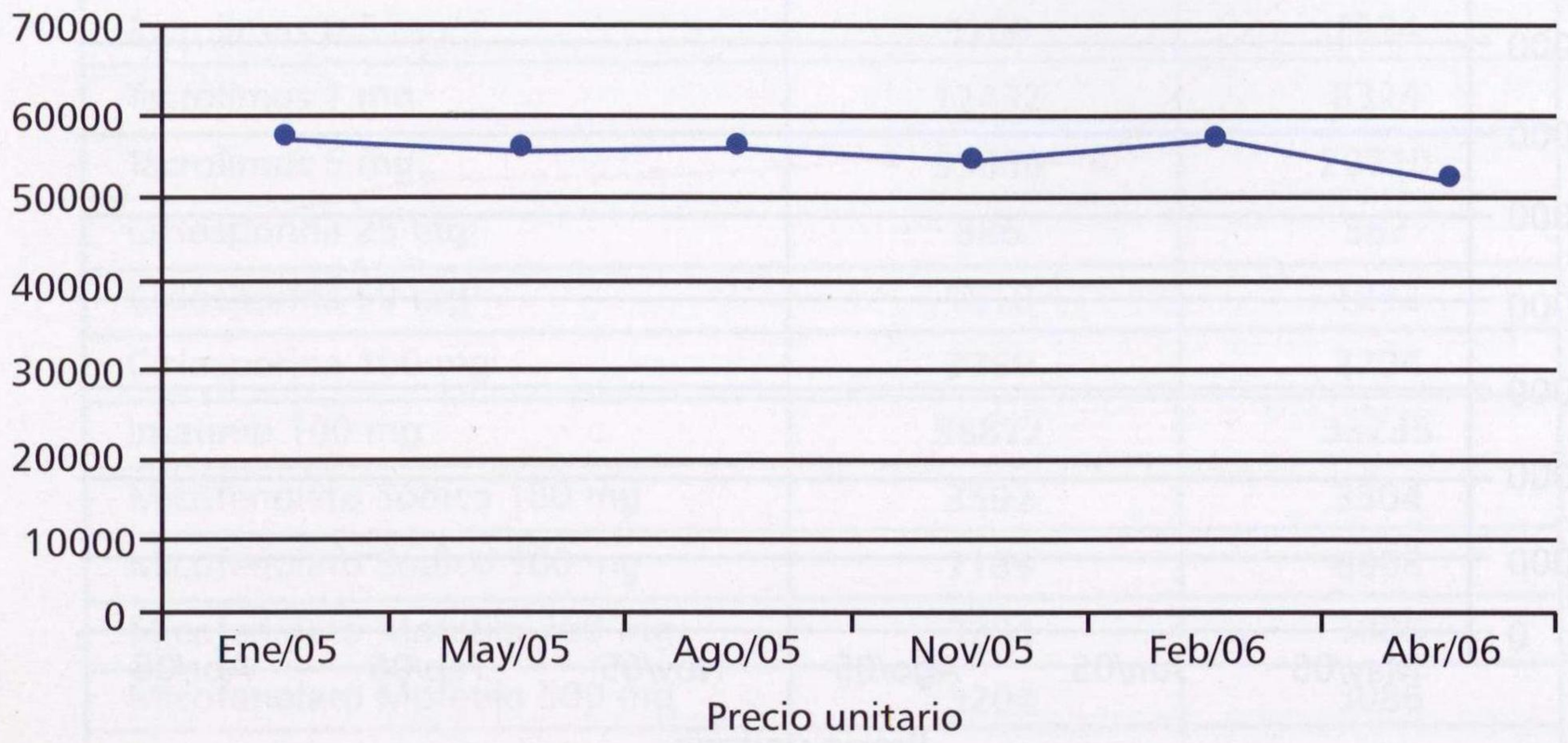
Estos medicamentos representan el 93.9 % del total de las compras de medicamentos entre enero y diciembre del año 2006.




Dispositivos - Stent de acero
18000
16000
14000
12000
10000
8000
6000
4000
2000
0
May/05
Jun/05
Ago/05
Nov/05
Feb/06
Abr/06
Precio unitario


Dispositivos - Cardiodesfibrilador
500000
450000
400000
350000
300000
250000
200000
150000
100000
50000
0
Ene/05
May/05
Ago/05
Nov/05
Feb/06
Abr/06
Precio unitario

Dispositivos - Marcapasos bicameral





Evolución Económico Financiera

1. Estudio de la situación patrimonial

Hacia el año 2001 el FNR mantenía un crítica situación económico financiera que ponía en riesgo su viabilidad. La introducción de herramientas que modernizaron la gestión administrativa del FNR, la disminución del número de actos médicos, el fortalecimiento de sus posiciones a la hora de negociar, y el cambio en la política de compras, permitieron revertir un déficit que persistió a lo largo de una década y comenzó a disminuir el patrimonio negativo del Instituto.

Es posible resumir esta evolución en base a los resultados de los balances comparados 2001, 2004 y 2005 y a la definición patrimonial básica (Activos – Pasivos = Capital).



Balances 2001 - 2004 - 2005

Activos M/Nal.	al 31/12/2001	al 31/12/2004	al 31/12/2005
Corrientes	361:138.801	652.579.436	733.068.483
No corrientes	27:441.288	54.116.025	47.876.275
Totales	388:579.369	706.695.461	780.944.758
Pasivos M/Nal.	**al 31/12/2001**	**al 31/12/2004**	**al 31/12/2005**
Corrientes	1.124:999.985	739.013.735	790.231.141
No corrientes	13:992.602	315.392.532	176.423.624
Totales	1.1138:992.587	1.054.406.267	966.654.765
Patrimonio M/Nal.	- 750:413.218	- 347.710.806	- 185.710.007

Cuadro 1

Las conclusiones que se desprenden del cuadro 1 son las siguientes:

1.1. El último balance auditado del FNR al 31 de diciembre de 2005 permite observar la existencia de Activos (recursos operativos generados por la Institución para cancelar sus obligaciones), valuados en moneda nacional, por un importe de $ 780.944.758 y Pasivos Corrientes por un importe de $ 790.231.141 en concepto de obligaciones con proveedores, lo que determina que por cada peso propiedad del Fondo se debe aproximadamente una cifra equivalente. En el año 2001 esta relación era de 1 a 3, por lo que puede observarse que hubo un cambio significativo en una relación que determinaba en la lectura del balance de 2001, lo que técnicamente se define como "quiebra virtual".

1.2. Un aspecto significativo a destacar es la disminución operada en los pasivos corrientes al 31/12/2005, es decir, los que se cancelan en los doce meses subsiguientes al cierre de ejercicio. Se observa que de una cifra de $ 1.124.999.985 en el año 2001 se redujo a $ 790.231.141, que en términos porcentuales representa una disminución del 30%. La baja se produjo por los convenios de reprogramación de obligaciones, efectuado entre las autoridades del Fondo Nacional de Recursos con sus proveedores, por el cual se refinanció el atraso en el pago de facturas por un importe de $ 732.000.000 en un período de 60 meses, a partir del 01/03/2003. Esta circunstancia permitió reconstituir el capital de trabajo del Fondo Nacional de Recursos, el que si bien no se sitúa en niveles óptimos (dos pesos de activo corriente y un peso de pasivo corriente) ha permitido, en la lectura de los estados contables por parte de sus usuarios, una notable mejoría respecto a ejercicios anteriores.

1.3. El patrimonio al 31/12/2001 expresado como un valor residual de activos totales y pasivos totales, mostró un valor negativo de $ 750.413.218 (su valor máximo), el que fue sucesivamente reduciéndose hasta situarse en un importe monetario negativo de $ 185.710.007 al 31/12/2005, según se muestra en el siguiente gráfico 2.

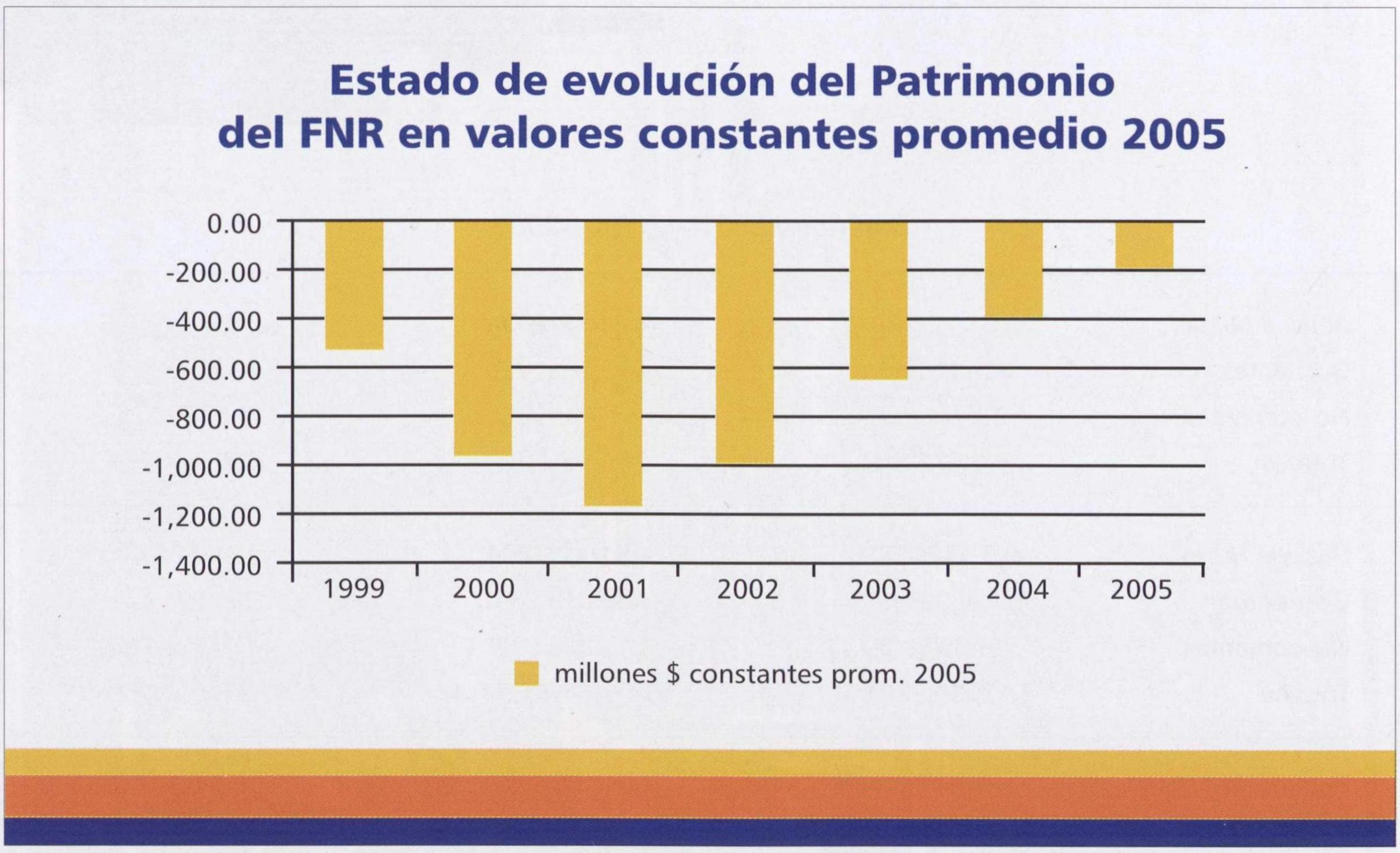


Gráfico 2

1.4. En el cuadro 3 se visualiza la evolución de los resultados de los últimos siete años. El año 2002 marca el quiebre de una tendencia negativa que se arrastraba desde el año 1995, en forma ininterrumpida. A partir del punto de inflexión los resultados obtenidos –todos positivos en términos de porcentajes sobre ingresos– han permitido el inicio de un proceso de sustentabilidad económica financiera que permitirá en el año 2006 obtener un patrimonio positivo, luego de casi una década de patrimonio negativo.

El FNR ha obtenido un equilibrio ligeramente positivo, se han logrado cambios organizativos en la gestión, se ha efectuado un seguimiento en los aspectos vinculados a los resultados económicos y a los resultados asistenciales con énfasis en el control, mejora en la calidad de los resultados y se ha acentuado la vigilancia respecto a los destinos de los recursos de la sociedad, que esta administración debe gerenciar en un contexto de máxima cristalinidad en el uso y eficiencia de los mismos. Consideramos que los objetivos expresados en forma voluntarista se han plasmado en resultados reales, señalando la senda que indefectiblemente debe mantenerse y profundizarse.

Estado de resultados del FNR
Años 1999 a 2005 en millones de pesos constantes promedio 2005

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ingresos operativos netos	2.769,45	2.666,21	2.529,83	2.350,76	2.294,88	2.320,14	2.383,00
Costos por actos médicos	-2.966,66	-3.041,07	-2.769,29	- 2.277,08	-2.109,73	- 2.067,81	-2.127,00
Resultado bruto	**-197,21**	**-374,86**	**-239,46**	**73,67**	**185,14**	**252,33**	**256,00**
Gastos de Gestión	-23,80	-29,21	-34,21	-39,57	-44,57	-57,58	-56,00
Otros ingresos	8,50	11,36	18,66	49,12	33,14	51,30	11,00
Otros gastos	-27,20	-47,06	-31,10	-68,22	-19,43	-30,36	-41,00
Resultado	**-239,71**	**-439,77**	**-286,10**	**15,01**	**154,29**	**215,68**	**170,00**
% sobre ingresos	-8,66%	-16,49%	-11,31%	0,64%	6,72%	9,30%	7,13%

Cuadro 3



2. Estudio económico de los resultados anuales

En el gráfico 4 que sigue se muestran los resultados económicos (déficit y superávit), desde el año 1981 al 2005. En el eje horizontal, se muestran los períodos anuales y en el eje vertical, el valor de los resultados expresados en porcentajes sobre ingresos.

El análisis de la serie gráfica permite observar que los resultados negativos se mantuvieron en la década del '80 en valores poco significativos, tornándose materiales en 1995. En 1998 se acentúa la tendencia negativa que se mantiene en forma ininterrumpida hasta el 2001, alcanzándose nuevamente el equilibrio a partir del año 2002.

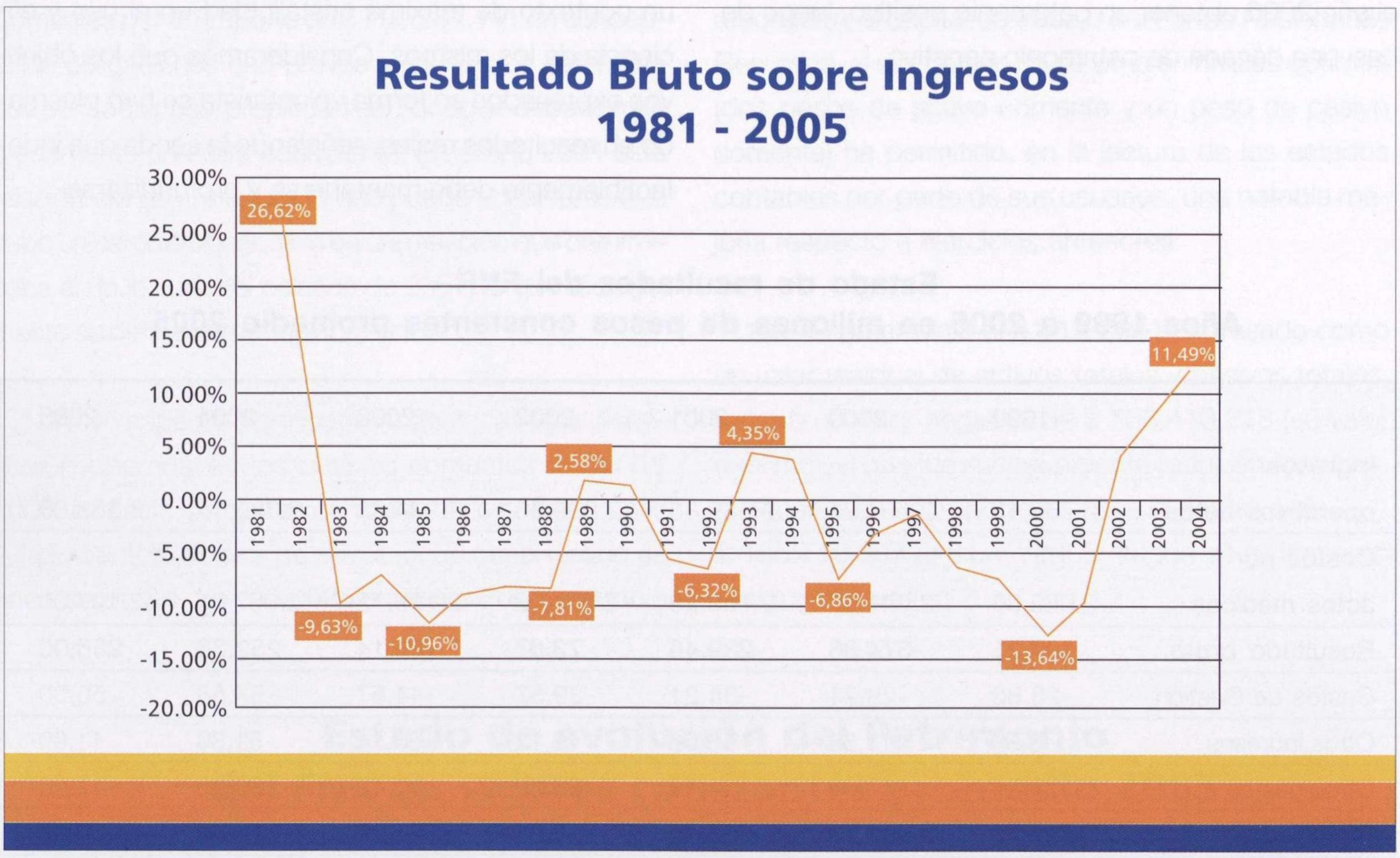


Gráfico 4



El Sistema de Información

El trabajo de reingeniería de los procesos de gestión e información del FNR abarcaron a todos los sectores de la organización, incluyendo la relación con los otros integrantes de la cadena: las instituciones solicitantes de los servicios (IAMC, ASSE, seguros parciales) y los prestadores de servicios (IMAE).

Dentro de este marco, se resolvió el desarrollo de un nuevo Sistema Informático que permite:

* viabilizar procesos internos más complejos, por ejemplo, mejorando el control sobre la solicitud de actos médicos;

* apoyar la toma de decisiones médicas, operativas o estratégicas, con datos estadísticos confiables.

Se desarrolló una solución Web, utilizando una arquitectura en 3 capas (Capa de Presentación o interfaz con el cliente, Servidor de Aplicaciones y Servidor de Base de Datos), para ser accedida tanto desde dentro como fuera de la institución.

Para soportar el nuevo sistema fue necesaria una extensa modernización y ampliación de la infraestructura tecnológica.

El sistema comenzó a utilizarse parcialmente a mediados de 2003 y, a partir de ese momento, fue incorporando funcionalidades y contemplando nuevos procesos definidos por el FNR.

Del antiguo sistema con que contaba la organización se migraron los datos existentes:

* procedimientos solicitados (acto, paciente, fecha de solicitud, fecha de autorización o rechazo, institución solicitante);

* procedimientos realizados (acto, paciente, fecha de realización, IMAE actuante);

* cantidad y tipo de diálisis realizadas por mes, paciente y centro.

5.1. Características del sistema

Se trata de un sistema de información basado en tecnología de última generación que se ha constituido en una herramienta fundamental en la gestión del FNR, en las siguientes dimensiones principales:

1) Se registra en una base de datos profesional toda la información de cada uno de los actos médicos cubiertos por el FNR y toda la información vinculada al trámite, incluyendo el sistema de segunda opinión médica (evaluaciones externas y ateneos), así como los programas de prevención primaria y secundaria y auditorías externas de las realizaciones.

2) El sistema realiza el registro y control automático del trámite, velando por la coherencia de los flujos de trabajo en base a reglas considerablemente complejas. En algunos casos, el sistema es capaz de "tomar decisiones" y dirigir el trámite en forma automática a una cierta etapa, en función de los datos particulares del paciente (por ejemplo, en función del índice de masa corporal, se puede dirigir el trámite al programa de obesidad).

3) Se asiste la toma de decisiones estratégicas de la CHA y los estudios de los médicos investigadores, con información estadística extraída del sistema. Algunos ejemplos:

a. Evaluación permanente de la calidad de los actos médicos.

b. Control continuo de los costos, desagregado por numerosas dimensiones, incluyendo el costo por paciente.

c. Estudios epidemiológicos avanzados.

4) El sistema cuenta con un sistema de alarmas automáticas que ha sido diseñado en forma flexible, para atender diversos objetivos. Algunos ejemplos:

a. Se controla en línea la calidad de todas y cada una de las casi 300.000 sesiones de hemodiálisis que son realizadas a más de 2500 pacientes cada año.

b. Se controla la asistencia a las consultas de control de todos los pacientes en situación de riesgo, en el programa de salud renal (prevención primaria).

Esta funcionalidad está teniendo gran impacto en la mejora de la calidad de la atención de los pacientes.

5) El sistema realiza la liquidación automática de los actos médicos, emitiendo informes detallados y para todas las instituciones externas asociadas al proceso: IMAE, Proveedores, Banco de Previsión Social, Servicio de sanidad de las Fuerzas Armadas y Ministerio de Economía.

El alcance del sistema en su dimensión actual y su potencial desarrollo, se puede resumir en los siguientes indicadores:

* 70 usuarios internos y más de 250 usuarios externos, vía Internet, y en fuerte proceso de crecimiento.
* Cientos de pantallas para ingreso y consulta de información.
* Base de datos con más de 20.000 campos de información, registrando más de 15.000 actos médicos y alrededor de 300.000 sesiones de hemodiálisis anualmente.
* Operación continua del sistema (7 días a la semana, 24 horas al día), contando con redundancia de todos los componentes de hardware y software críticos.

5.2. Componentes del Sistema de Información

Gestión de actos médicos:

* Solicitud,
* Evaluación,
* Autorización.
* Ateneos:
- Cardiológico,
- Marcapasos,
- Trasplantes Cardíaco y Renal,
- Obesidad,
- Diálisis,
- Tratamientos.
* Realización.
* Seguimientos.
* Complicaciones.

Diálisis

* Registro de sesiones,
* Resúmenes mensuales,
* Alertas.

Liquidación automática a partir de los formularios médicos (realización, complicaciones, etc.).

* Posibilidad de reliquidar procedimientos.

Programas de Control de Factores de Riesgo, Prevención Primaria y Secundaria.

Incluye inicio, controles, seguimientos, entrega de medicamentos y sistemas de alerta para los siguientes programas:

* Salud Renal,
* Tabaquismo,
* Nutrición,
* Cardiovascular,
* Marcapasos,
* Cardiodesfibriladores,
* Vigilancia Epidemiológica.

Medicamentos de Alto Costo

* Autorización,
* Dosis posteriores,
* Seguimientos,
* Entrega de medicamentos (interna y por terceros).

Declaración Jurada de Aportes

* Resumen mensual,

* Control detallado por socio.

Auditorías médicas

* Registro de resultado de auditorías médicas externas.

Intercambio de Datos

El sistema recibe datos de otros sistemas externos, los que se integran automáticamente a la Base de Datos, luego de pasar los controles correspondientes.

Los datos que se reciben son los siguientes:

- Padrones de asociados y recibos no cobrados de las IAMC y Registro Único de Afiliados al sistema que es enviado desde el MSP.
- Resultados de las auditorías de procedimientos cardiológicos realizadas por un equipo auditor externo (enviado mensualmente desde Argentina).
- Personas con cobertura de la Seguridad Social.
- Medicamentos entregados a pacientes en programas de prevención de tabaquismo.

Se está coordinando con el Hospital Italiano de Buenos Aires, la recepción de los datos correspondientes a los módulos de seguimiento previo, realización y seguimiento posterior, de trasplante hepático.

Por otra parte, a partir del sistema se envían datos para ser procesados por sistemas de otras instituciones:

- Resultados consolidados de personas dializadas, para la Sociedad Uruguaya de Nefrología.
- Procedimientos realizados a pacientes cubiertos por el BPS.
- Actos cardiológicos a ser analizados por auditores externos.
- Indicadores de gestión para la División Economía de Salud y Servicios de Salud del MSP.

Dentro del FNR el sistema se comunica con el sistema de gestión contable, utilizando la tecnología de Servicios Web, enviando los siguientes datos:

- el resultado de la liquidación de actos médicos para IMAE y proveedores de dispositivos;
- los datos de las entregas de medicamentos en tratamientos y programas de prevención.

Por otro lado, el sistema recibe del contable:

- el stock actual de los medicamentos a ser entregados a los paciente.

5.3. Análisis de datos estadísticos

Desde la implantación del sistema se ha registrado en la base de datos un conjunto importante de datos médicos y administrativos.

Los requerimientos de información estadística de las diferentes unidades de la institución fueron cumplidos por la Unidad Informática a través de la creación de reportes, con salidas a archivos pdf o planillas Excel y/o a través del acceso por parte de algunos usuarios a vistas de datos, definidas para esos fines. Algunas de las herramientas utilizadas por estos usuarios son Access y paquetes estadísticos como SPSS e EpiInfo.

El Departamento de Registros Médicos del FNR es el principal usuario de esta modalidad; se trata de consolidar el traspaso de esta información al MSP a los efectos de fortalecer el Sistema Nacional de Información (SINADI) de la División Economía de Salud del MSP, como insumos críticos para la concreción del Sistema Nacional Integrado de Salud.

5.4. El proceso de autorización de actos médicos

El proceso de autorización de actos médicos ha incrementado considerablemente su complejidad.

Actualmente intervienen numerosos actores, tanto internos como externos. El sistema registra todos los datos y coordina todos estos esfuerzos, desde el

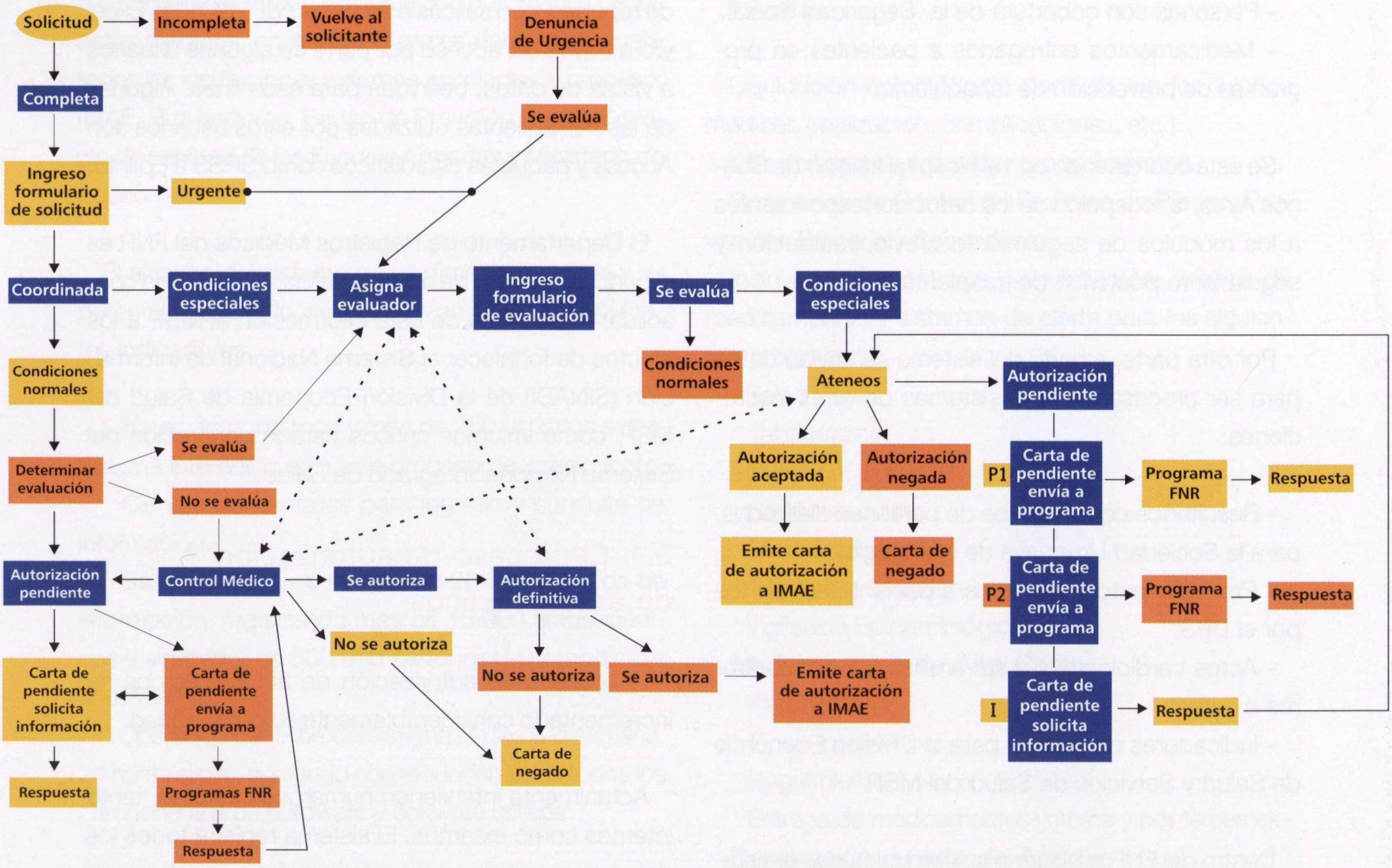
ingreso del formulario de solicitud correspondiente, hasta la autorización definitiva.

Una parte de los usuarios, y el correspondiente ingreso de información, se realiza en forma externa (por Internet), entre ellos los formularios de solicitud urgentes y las evaluaciones de los médicos externos. Otra parte de los formularios son ingresados internamente por funcionarios del FNR.

Todo el flujo del proceso está representado en el sistema, y se controla que el trámite realice los pasos previstos en cada caso. En particular, existen permisos y roles bien definidos y no existe posibilidad de que una persona cambie el flujo del proceso si no cuenta con la debida autorización.

El sistema realiza numerosos controles de calidad de la información ingresada. Se han programado numerosas alarmas que procuran alertar, en caso que falte información crítica o que se detecten inconsistencias entre los datos.

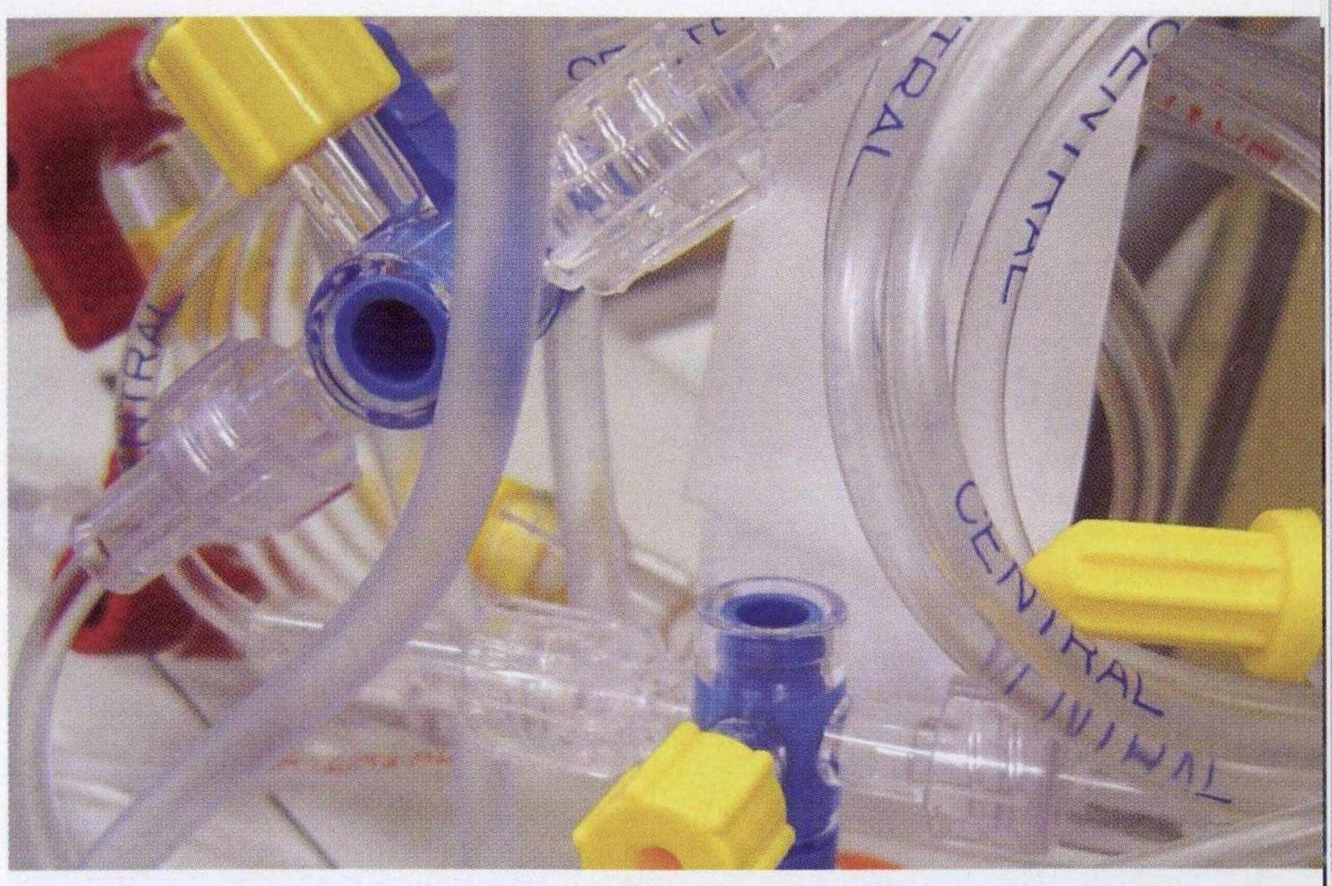
Flujo de solicitudes



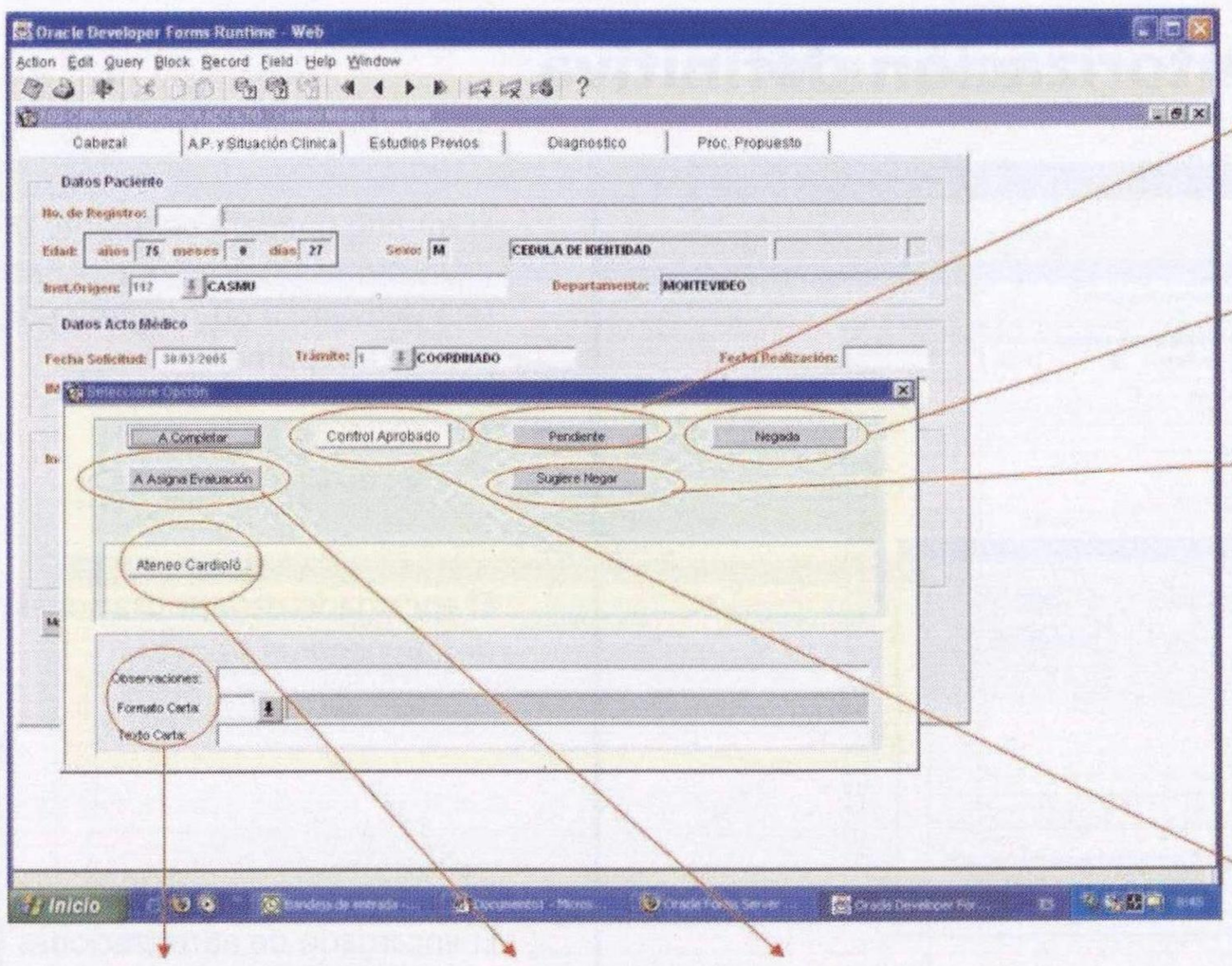
Control médico de solicitud

Cuando el trámite llega a la etapa de "control médico de solicitud", el sistema le ofrece una pantalla al médico con una serie de opciones a su disposición.

El médico puede autorizar o negar el trámite, o bien solicitar –por primera o segunda vez– la evaluación de un médico externo, o incluso es posible que decida enviar al paciente a un programa de prevención primaria. Todos estos procesos están representados en el sistema.



Control Médico de Solicitud



El trámite quedará pendiente por falta de información o porque el paciente será derivado a un programa de prevención primaria.

El médico decide negar el trámite.

El médico que realiza el control, le sugiere al encargado de autorizaciones que niegue el trámite.

El médico decide aprobar el control. En caso que se tratara del primer acto médico del paciente, cubierto por el FNR, el trámite quedará autorizado. Si el paciente ya tuviera actos cubiertos por el FNR, el trámite derivará al encargado de autorizaciones, con la sugerencia de aprobarlo.

El médico podrá ingresar las observaciones que considera necesarias. En caso de negar el trámite, seleccionará la carta que se enviará a la institución solicitante.

El médico decide derivar el trámite al Ateneo Cardiológico.

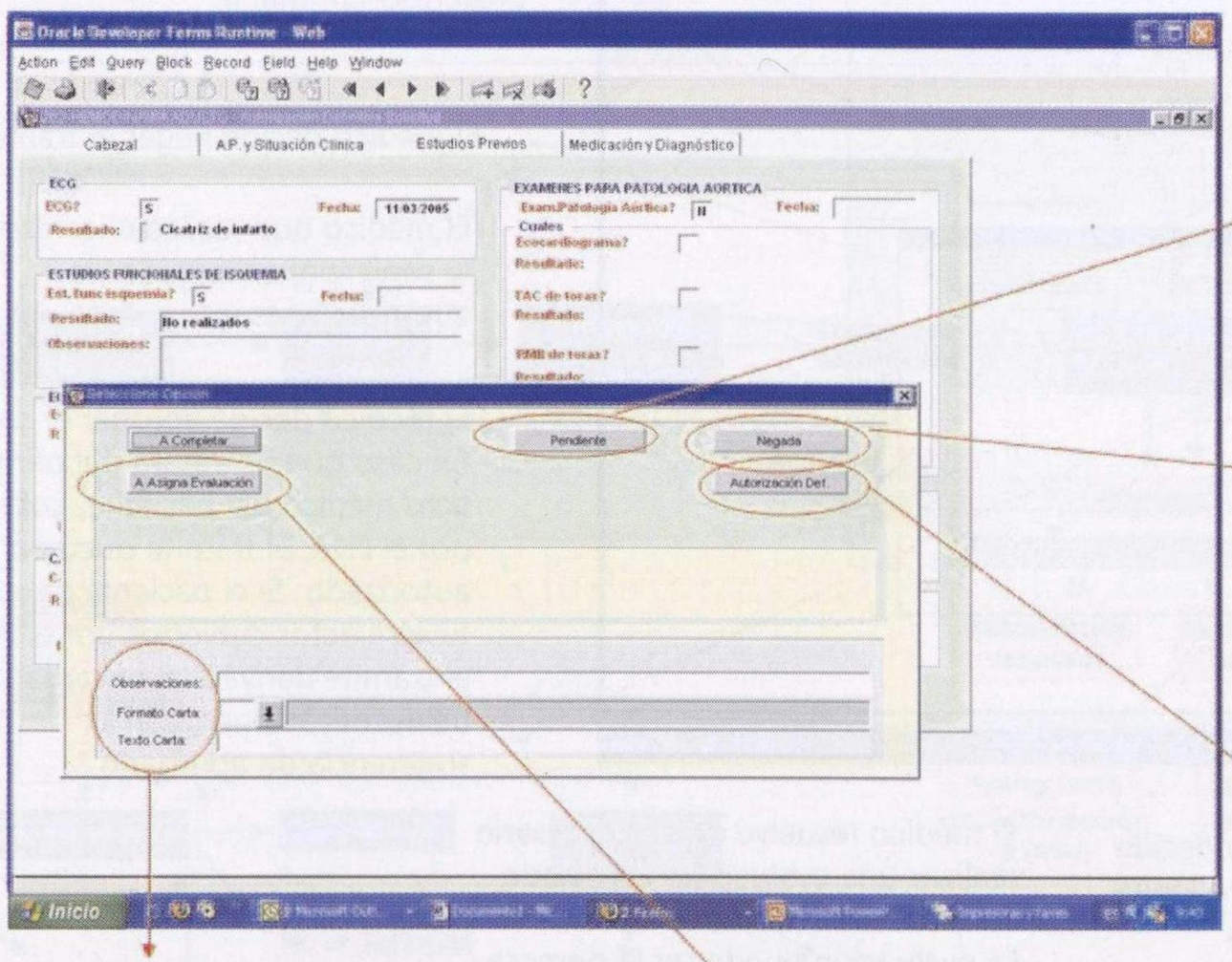
El médico resuelve que es necesario realizar una evaluación del estado del paciente ("segunda opinión"). La evaluación puede ser la primera que se le realiza al paciente o pueden existir previas.



Autorización definitiva

Dependiendo del caso, luego del proceso del "control médico de solicitud" el trámite puede ser derivado a la etapa de "autorización definitiva". En este caso un médico con un perfil de seguridad particular (correspondiente al rol Encargado de Autorizaciones), tiene capacidad para considerar el trámite y autorizar o no la realización del acto médico.

Autorización definitiva



El trámite quedará pendiente por falta de información o porque el paciente será derivado a un programa de prevención primaria.

El encargado de autorizaciones decide negar el trámite.

El encargado de autorizaciones resuelve autorizar el trámite.

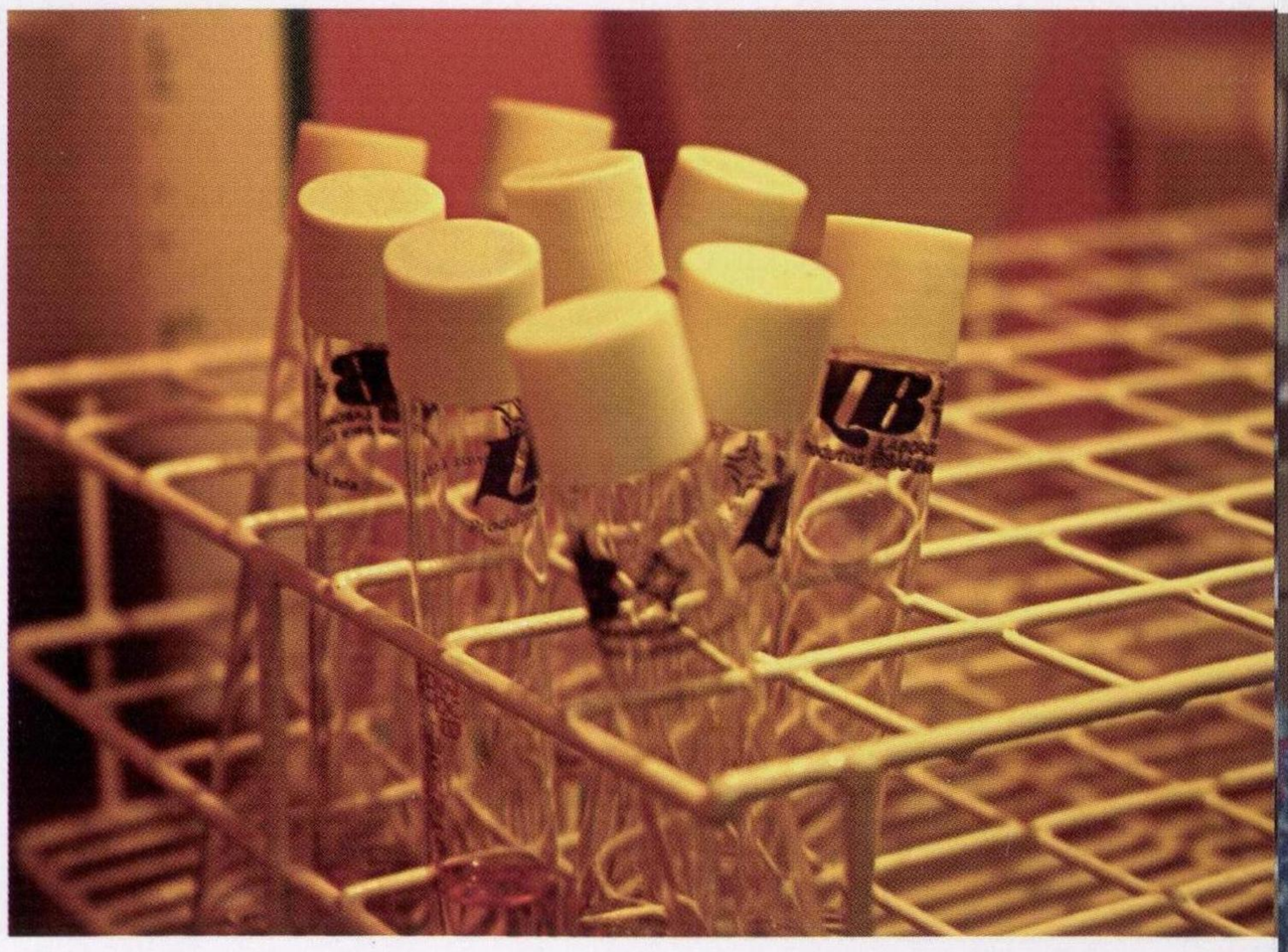
El encargado de autorizaciones podrá ingresar las observaciones que considera necesarias. En caso de negar el trámite, seleccionará la carta que se enviará a la institución solicitante.

El encargado de autorizaciones resuelve que es necesario realizar una evaluación del estado del paciente ("segunda opinión"). La evaluación puede ser la primera que se le realiza al paciente o pueden existir previas.

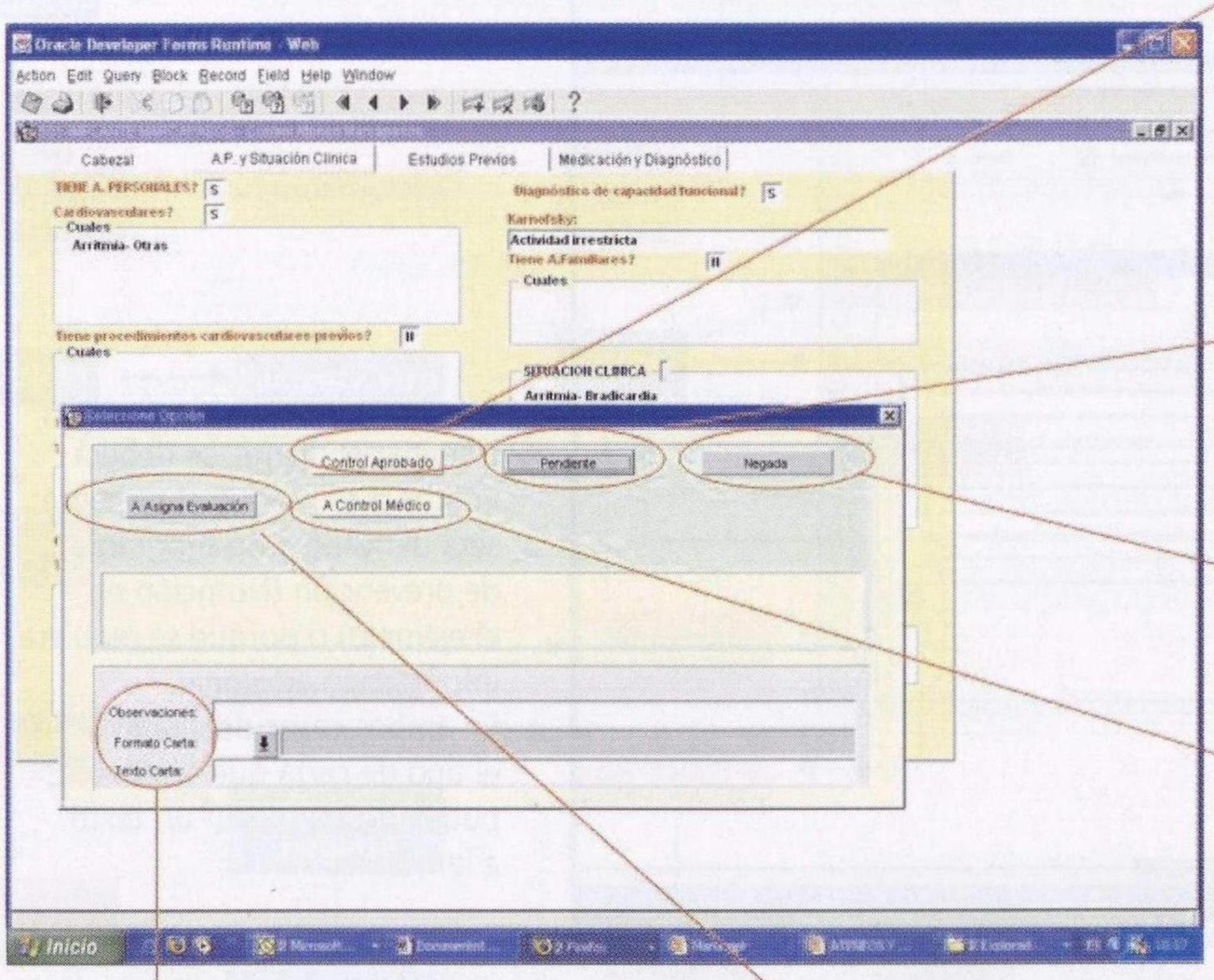
Ateneos

Los Ateneos son parte del sistema de segunda opinión médica. En algunos casos, el trámite es enviado al Ateneo en forma automática por el sistema (por ejemplo: pacientes cardíacos mayores de 70 años). En otros, la decisión la toma el médico en la etapa de "control médico de solicitud". En todos los casos el sistema registra las decisiones del Ateneo.

Además, el sistema realiza la liquidación de los honorarios de los colaboradores externos que participaron en el Ateneo, en forma automática.



Ateneos



El Ateneo decide aprobar en forma definitiva el trámite.

El trámite quedará pendiente por falta de información o porque el paciente será derivado a un programa de prevención primaria.

El Ateneo decide negar el trámite.

El Ateneo entiende que no es necesario que ese trámite sea analizado por el mismo y lo deriva a Control Médico de Solicitud.

El Ateneo podrá ingresar las observaciones que considera necesarias. En caso de negar el trámite, seleccionará la carta que se enviará a la institución solicitante.

El Ateneo resuelve que es necesario realizar una nueva evaluación del estado del paciente.

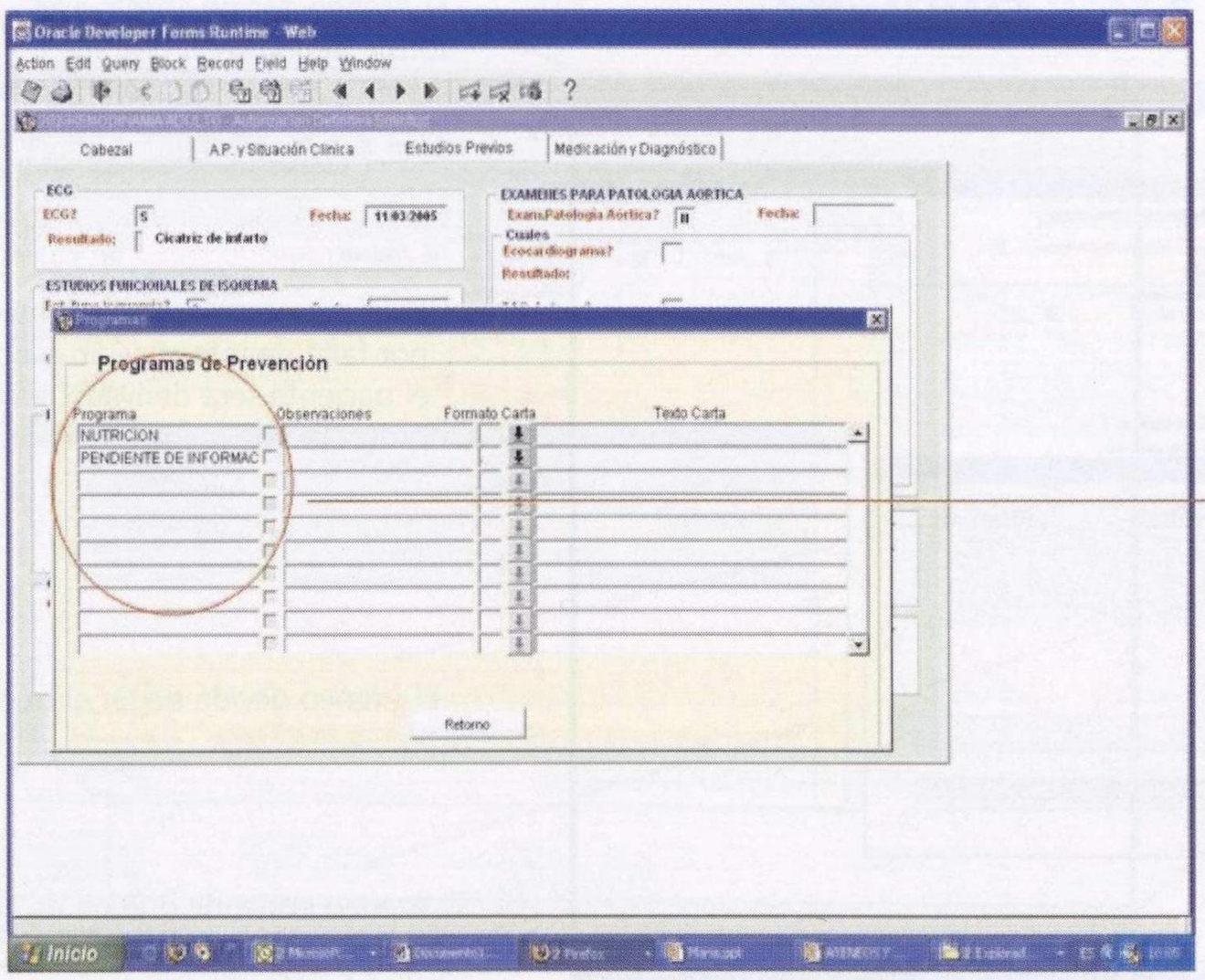
Trámites pendientes

En ocasiones, es necesario dejar el trámite en estado de "pendiente" debido a falta de información o porque el paciente ha sido derivado a un programa de prevención primaria, cosa que puede ocurrir en la etapa de "control médico de solicitud" o bien desde un ateneo.

Es posible incluso que un paciente sea derivado a más de un programa de prevención al mismo tiempo (por ejemplo: tabaquismo y obesidad) y en ese caso, el sistema coordina los resultados de ambos programas antes de permitir que el trámite avance a la etapa de autorización definitiva.

El sistema emite cartas automáticas a quienes corresponde, indicando la situación en la que se encuentra el trámite y sus causas.

Trámites pendientes por falta de información o por derivarse a un programa de prevención



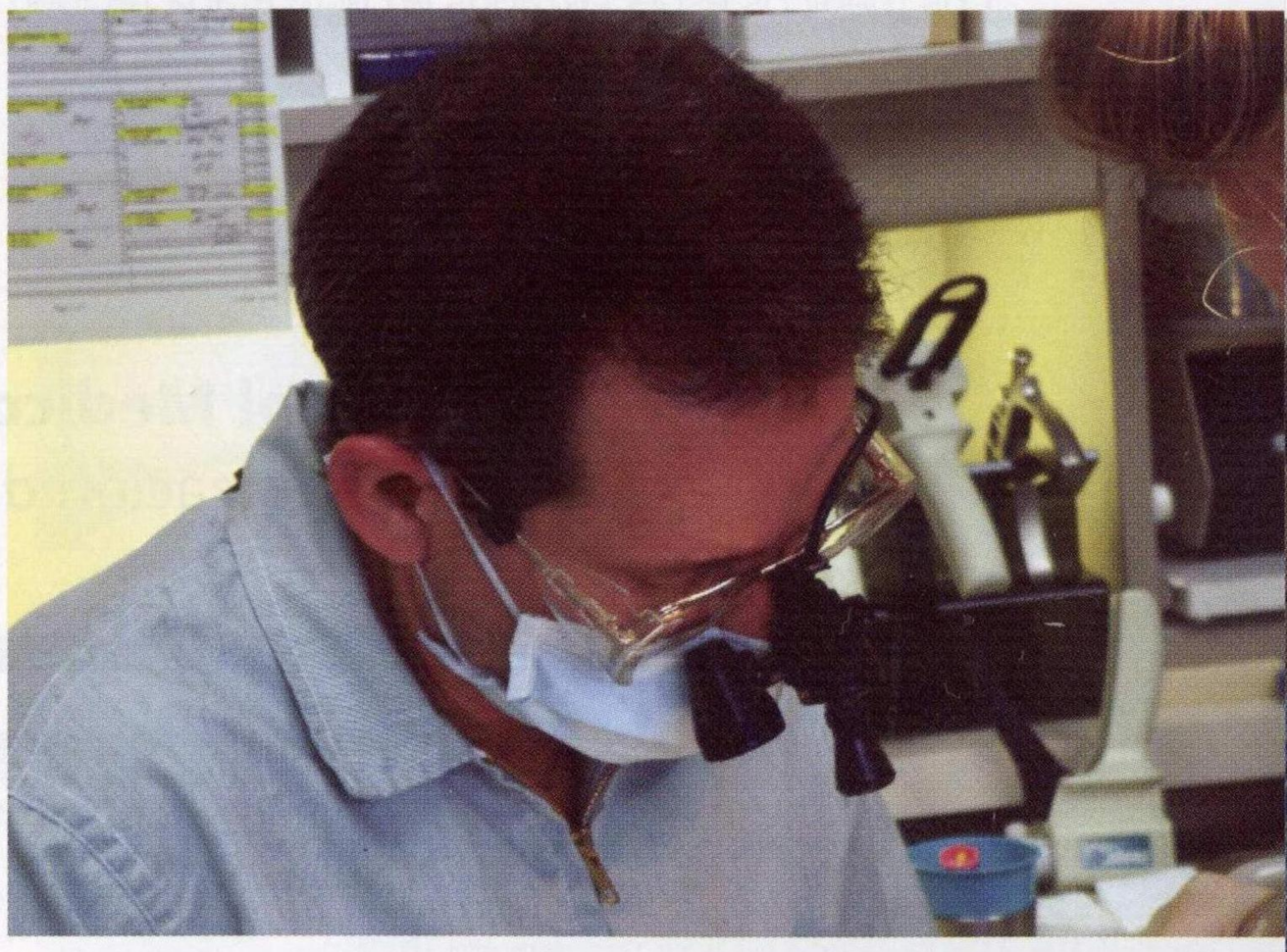
En caso que se decida dejar un trámite pendiente, se deberá indicar si es porque el paciente será derivado a un programa de prevención (Nutrición en el ejemplo) o porque se requiera información adicional.
En ambos casos deberá indicarse el tipo de carta que se emitirá, pudiéndose agregar un texto a la misma.

5.5. El proceso de control de realizaciones

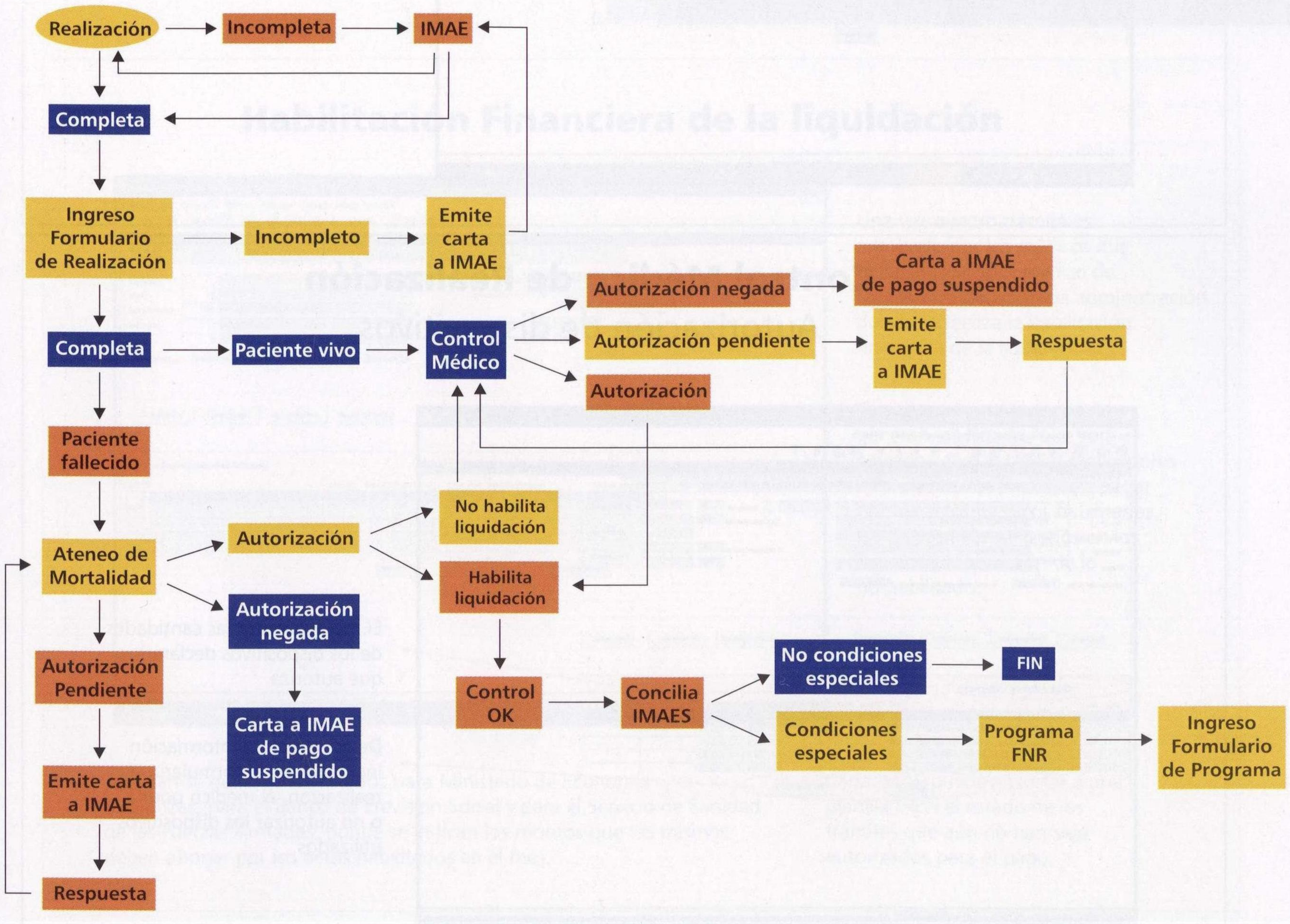
Cuando el acto médico ya fue realizado comienza otro proceso también complejo para determinar la pertinencia del pago del acto.

La información de la realización, en algunos casos se ingresa internamente y en otros, por Internet, por los mismos IMAE. El objetivo es que a corto plazo el 100% de las realizaciones sean ingresadas en forma remota, por Internet.

En esta etapa se involucra el sector contable, a los efectos de realizar los controles adecuados.



Flujo de solicitudes



Control médico de realizaciones

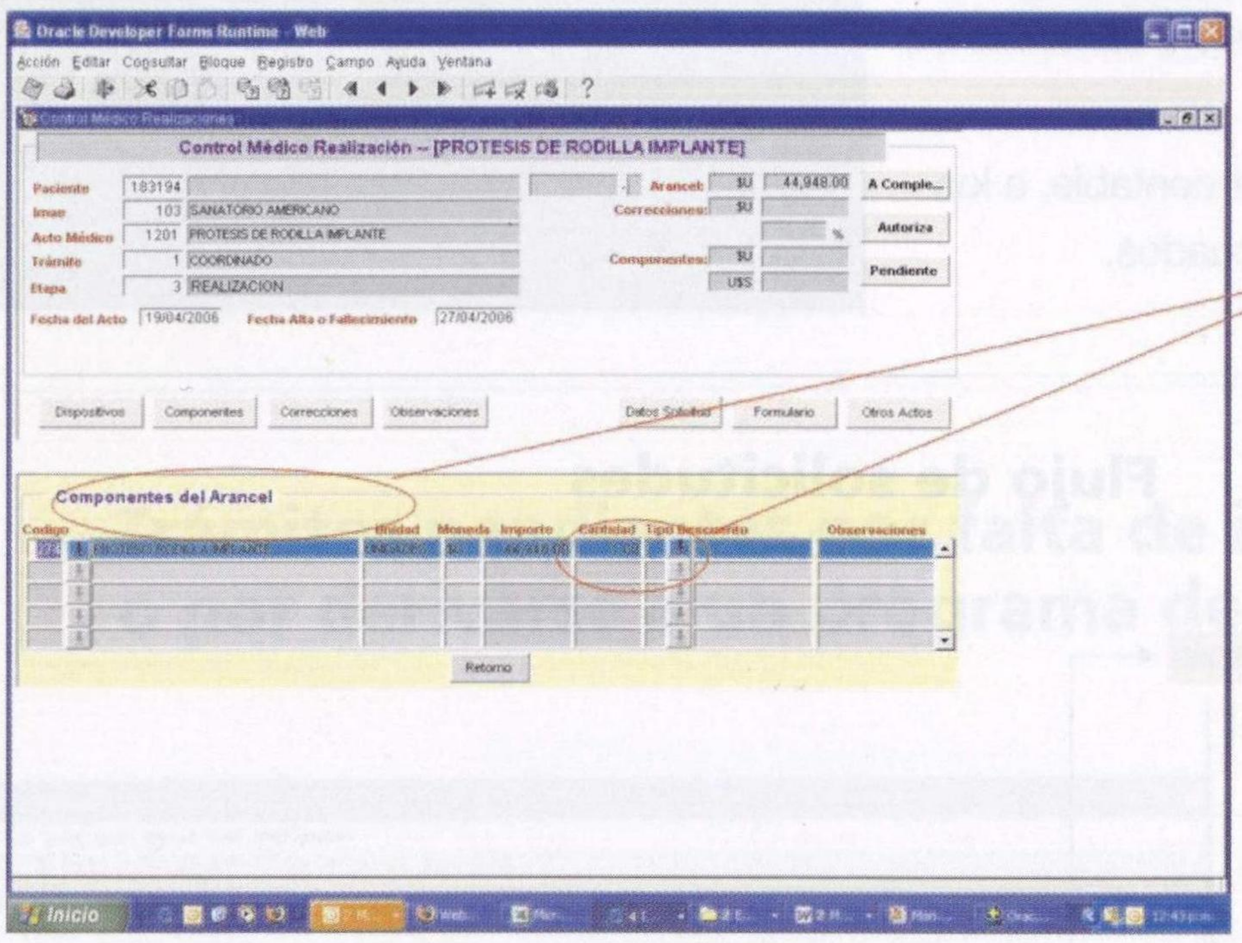
Los médicos especializados en esta etapa reciben el trámite en forma electrónica, disponiendo de todos los antecedentes de la solicitud y de la realización, a los efectos de realizar una recomendación.

El sistema lleva un registro de los costos del acto médico, indicando el arancel establecido y los componentes utilizados.

En todos los casos, el médico puede determinar la pertinencia del pago o no de un determinado componente, o realizar descuentos al arancel.

Control Médico de Realización

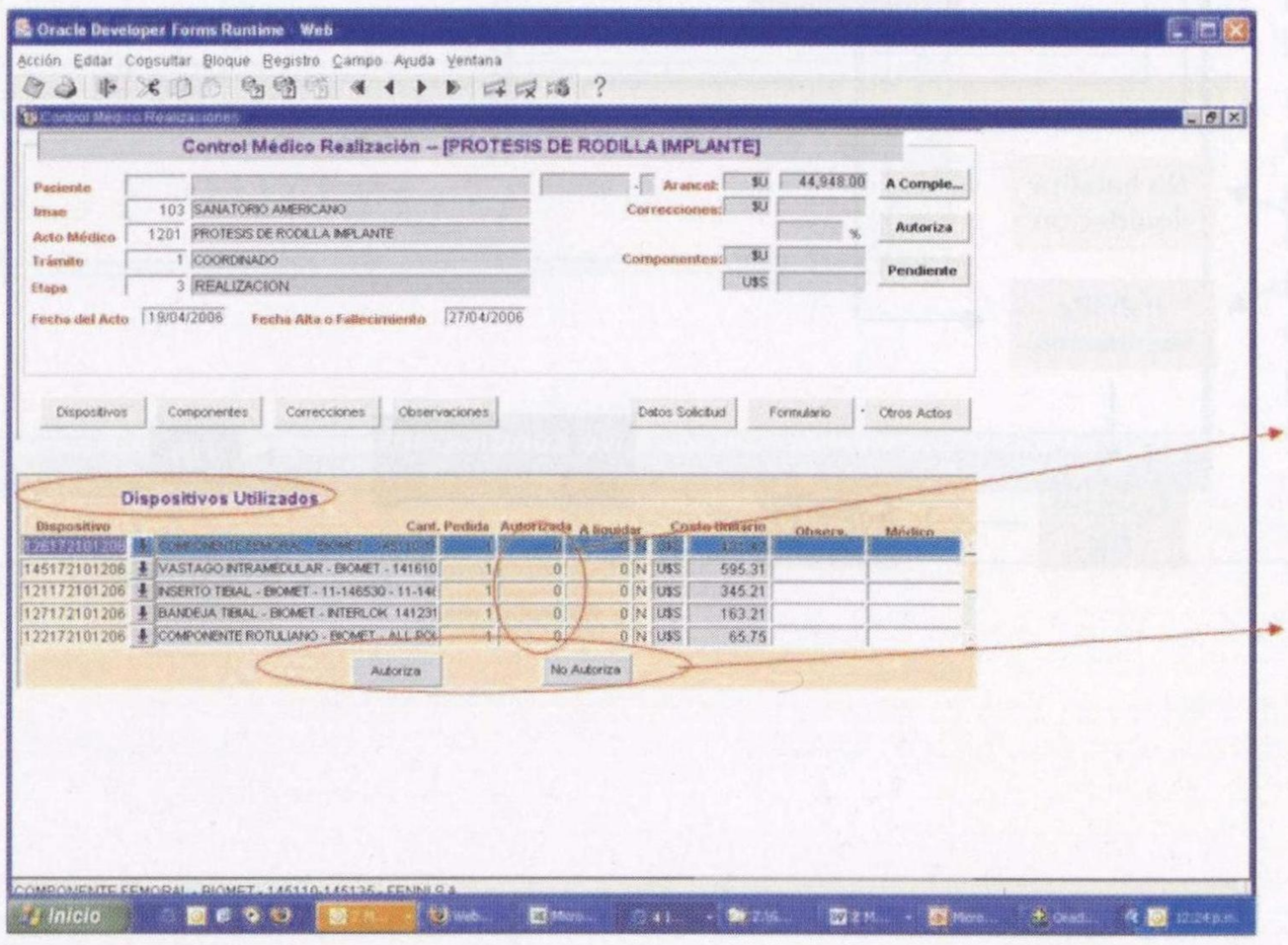
Autorización de componentes



En base a la información ingresada en el formulario de realización, se presentan las componentes que forman el arancel del acto médico, pudiendo el médico autorizarlas o no.

Control Médico de Realización

Autorización de dispositivos



El médico indica las cantidades de los dispositivos declarados que autoriza.

De acuerdo a la información ingresada en el formulario de realización, el médico podría o no autorizar los dispositivos utilizados.

5.6. Habilitación Financiera

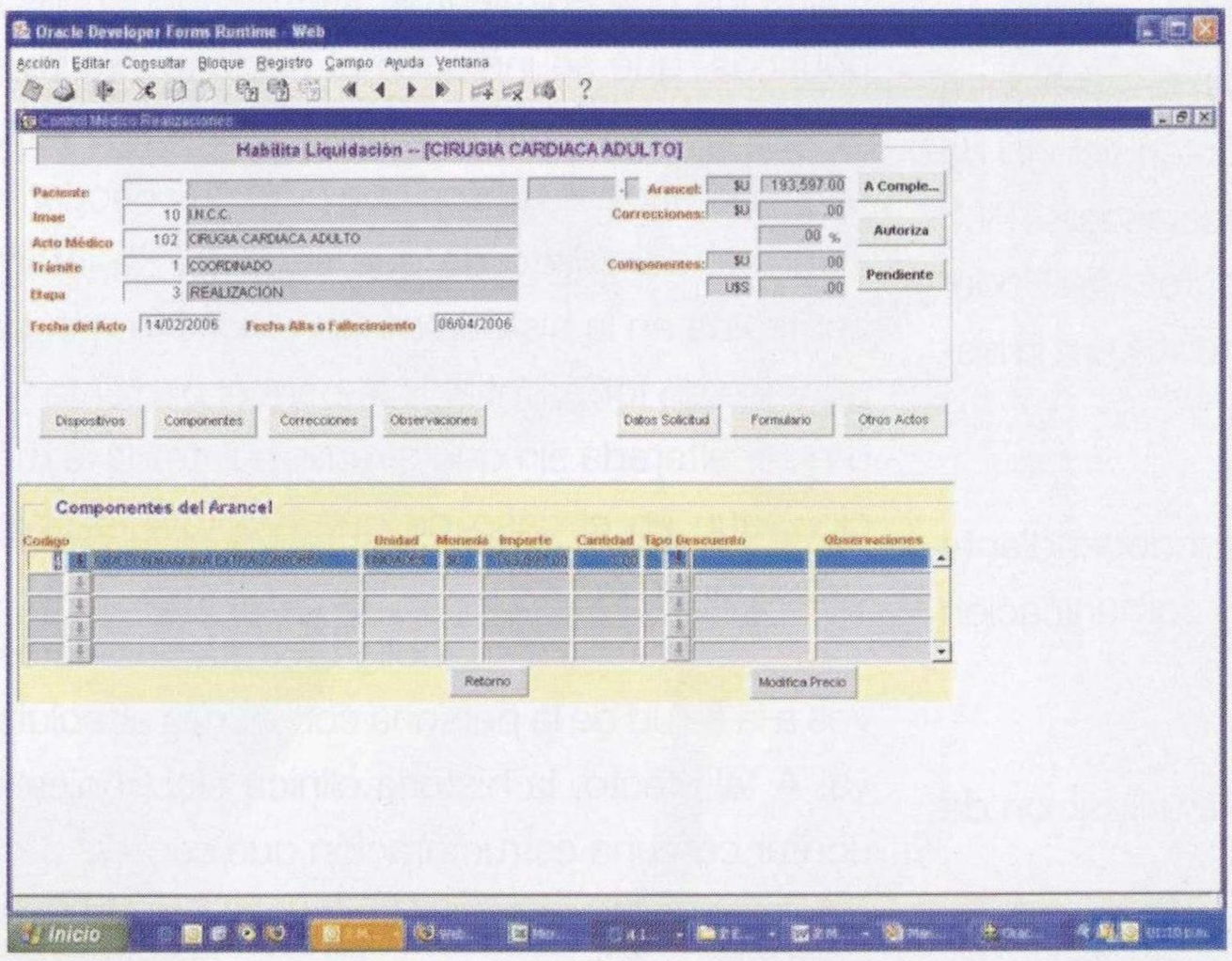


Una vez que se ha realizado el control médico de realización, se pasa a la etapa de habilitación financiera, que es la última antes del pago del acto médico.

Se realizan una serie de controles, luego de lo cual el sistema considera el trámite listo para el pago.

Una vez al mes se realiza el "cierre" de la totalidad de los actos médicos que ya ha recibido la habilitación financiera. En este momento, varios procesos automáticos del sistema María realizan cálculos -incluyendo los descuentos establecidos por los médicos-, a los efectos de determinar los pagos y cobros a cada una de las instituciones externas involucradas (pagos a IMAE y proveedores; cobros a BPS, Fuerzas Armadas y Ministerio de Economía).

Habilitación Financiera de la liquidación



Una vez que un trámite es aprobado por los médicos que realizan el control médico de realización, deriva hacia administración donde se realiza la habilitación financiera de la liquidación.

Cuando se cierre el mes se generan los listados que son enviados a los IMAES y proveedores informando los importes a pagar por los actos médicos habilitados, los dispositivos utilizados en los mismos y la situación de lo no habilitado.

También se generan los listados para Ministerio de Economía y Finanzas, para el Banco de Previsión Social y para el Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas, donde se indican los montos que los mismos deben abonar por los actos habilitados en el mes.

Cada IMAE puede exportar a una planilla Excel el estado de los trámites que aún no han sido autorizados para el pago.

5.7. Principales actividades planificadas en el área de sistemas de información

Las principales actividades planificadas en el área de sistemas de información son las siguientes:

* Integrar las nuevas coberturas que incorpore la institución y consolidar los desarrollos existentes, considerando que los usuarios son cada vez más demandantes.

* Desarrollar un Sistema de Data Warehousing. Lograr el manejo generalizado dentro de la organización de datos estadísticos, permitiendo que este sistema de información se convierta en la herramienta adecuada para que los diferentes niveles de la institución puedan manejarse con indicadores de gestión adecuados y tomar decisiones a partir de información objetiva.

* Digitalizar documentos en papel e incorporar en el sistema el manejo de imágenes médicas.

* Adoptar el uso de estándares, tales como HL7 (Health Level 7, estándar para el intercambio de mensajes entre servicios de salud), CIE10 (codificación internacional de enfermedades), DICOM (imágenes). Los estándares HL7 y DICOM están recomendados en el decreto del Poder Ejecutivo del 30/9/2003. Disposiciones relativas a la historia electrónica única de cada persona.

HL7 es un estándar completamente independiente del hardware, software y sistemas de comunicación que utilice cada institución internamente.

Algunas de las ventajas que brinda la utilización de HL7 son las siguientes:

* Reducción de errores de interpretación en diagnósticos, recetas, exámenes clínicos, etc.

* Mejora en la eficiencia de los sistemas de control y de información gerencial.

* Reducción de los tiempos de procesos asistenciales (dos o más sistemas diferentes son capaces de comunicarse y enviarse información correcta).

La actividad de incorporación de estándares en los desarrollos del FNR se encarará a través de la Sociedad Uruguaya de Estandarización, Integración e Intercambio de Datos e Información en Servicios de Salud (SUEIIDISS), en la que el FNR ejerce la vicepresidencia.

La utilización de estándares por parte de las instituciones de salud, permitirá avanzar hacia el objetivo de la Historia Clínica Electrónica única de cada paciente.

De acuerdo a lo establecido en el decreto del Poder Ejecutivo referenciado, el sistema de historia clínica electrónica única de cada persona, deberá ajustarse en todo momento a los siguientes principios generales:

a) Finalidad: los datos consignados en la historia clínica no podrán ser usados en forma nominada para otros fines que no sean los asistenciales, por lo que no podrán ser objeto de tratamiento nominado alguno por medios informáticos o telemáticos, a menos que medie para ello expreso consentimiento informado del interesado.

b) Veracidad: la historia clínica electrónica incluirá todos los procedimientos, sean diagnósticos o terapéuticos, que se indiquen al paciente, incluyendo la semiología realizada, la evolución del caso y todo otro dato referencial o gráfico que permita conocer la situación real del sujeto de que se trate. La información contenida en la historia clínica electrónica deberá exponerse en forma inteligible para el paciente y no podrá ser alterada sin que quede registrada la modificación, aún en el caso de que ella tuviera por objeto subsanar un error.

c) Confidencialidad: obliga a tratar los datos relativos a la salud de la persona con la más absoluta reserva. A tal efecto, la historia clínica electrónica deberá contar con una estructuración que separe la información de identificación del titular, del resto de los datos consignados, pudiendo asociarse ambas únicamente en el ámbito de la atención médica del titular de la historia clínica.

d) Accesibilidad: el titular de los datos tendrá en todo momento derecho a conocerlos, a que le sean explicados y a que se rectifiquen si fueran

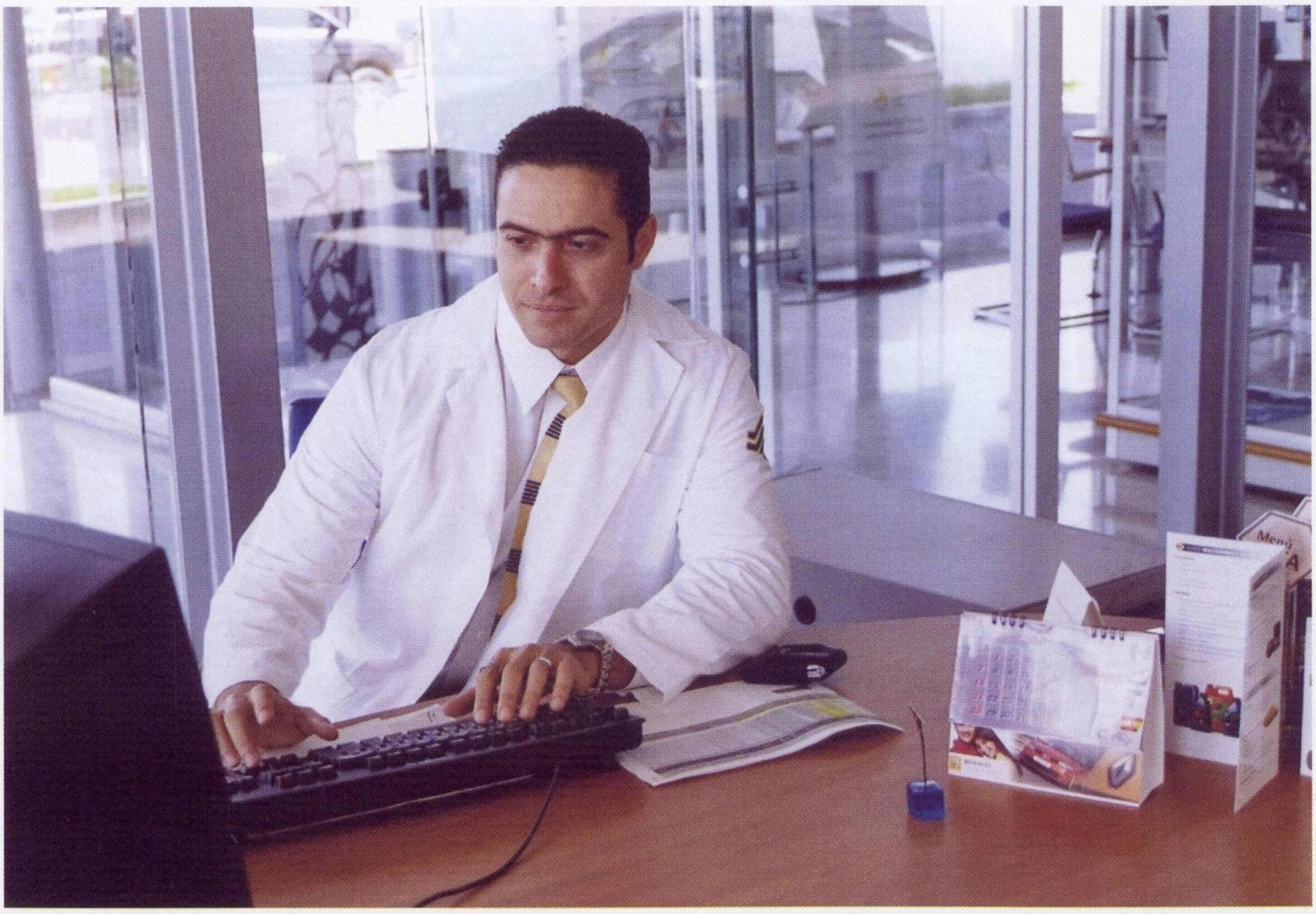
probadamente erróneos. No obstante, en casos excepcionales a juicio del médico tratante y bajo su responsabilidad como parte del proceso de atención, podrán establecerse restricciones parciales o temporales al acceso.

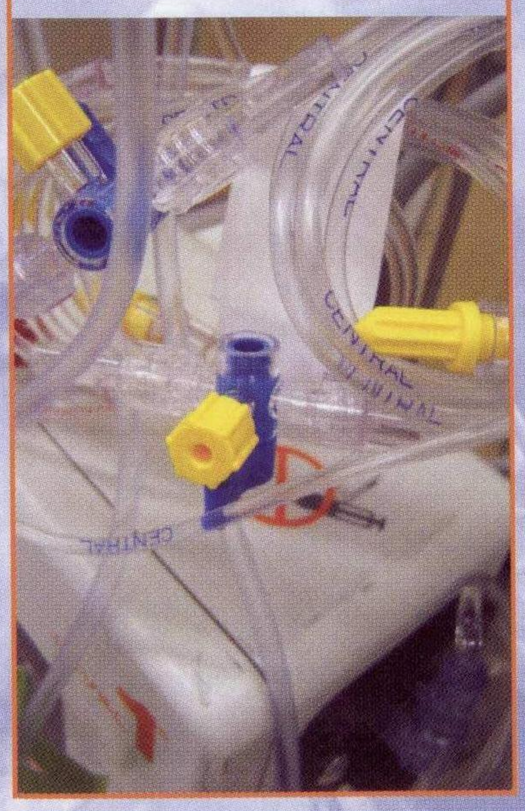
e) Titularidad particular: siendo los datos contenidos en la historia clínica electrónica de titularidad de la persona a que refieren, sólo ésta o sus derechos habientes podrán autorizar el uso por terceros de la información total o parcial en ella contenida.

* Inclusión de Firma Electrónica en el intercambio de datos con otras instituciones. Esta actividad también se enmarca en el trabajo de estandarización de la Sociedad Uruguaya de Estandarización, Integración e Intercambio de Datos e Información en Servicios de Salud (SUEIIDISS).

* Dejar disponible información en Internet para los pacientes y los médicos tratantes.







Anexo 1
Datos básicos de gestión de actos médicos 2000 - 2005

En este anexo I se presentan los principales indicadores de actividad del FNR de los últimos seis años de gestión, lo que permite visualizar su evolución:

I.1. Actos médicos autorizados.
I.2. Actos médicos realizados.
I.3. Diálisis crónica.
I.4. Actos en el exterior.
I.5. Evaluación previa.
I.6. Programas de control de factores de riesgo.

I.1. Actos médicos autorizados

La evolución del número de actos autorizados se observa en el cuadro 1 donde se exponen las diferentes técnicas, a excepción de la diálisis que se presenta por separado. En términos generales, debe destacarse el significativo descenso en el número de actos ocurrido a partir del año 2003.

En el caso de las técnicas traumatológicas se observa también un descenso en los años 2003 y 2004 con una recuperación en el año último. Se mantienen estables los actos de recambio y revisión.

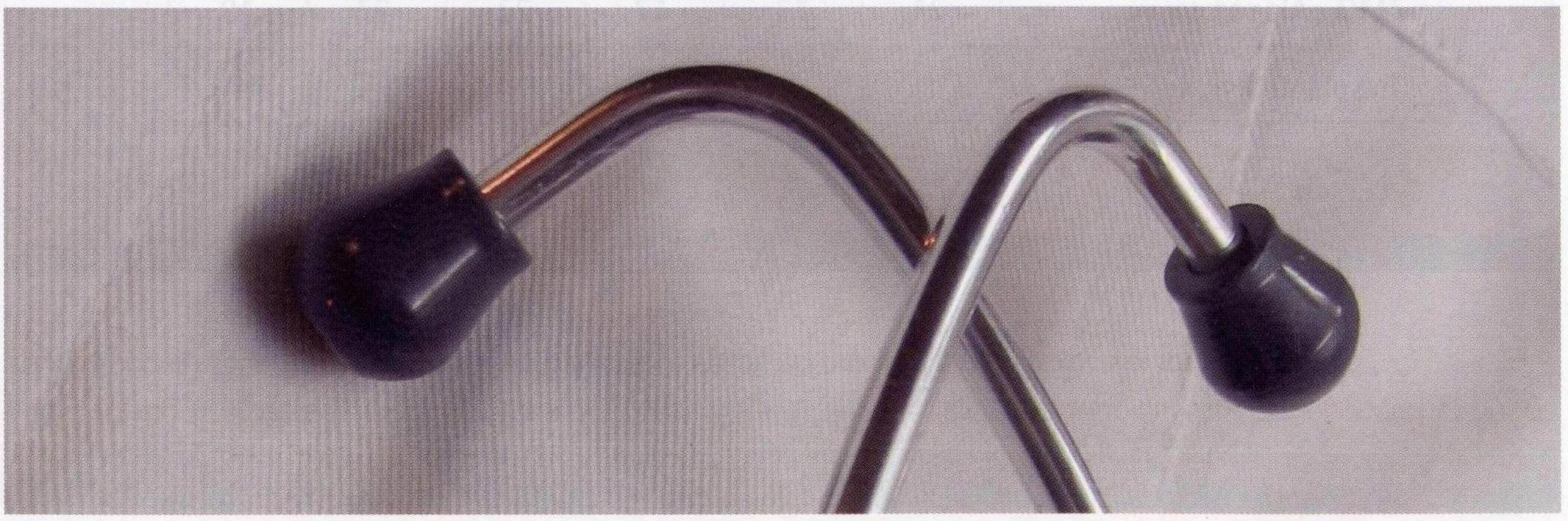
Las litotricias (que actualmente no se encuentran dentro de la cobertura del FNR) experimentaron un notorio decrecimiento a partir del año 2001, en particular las extracorpóreas.

En cuanto a los trasplantes de médula ósea, debe destacarse el descenso ocurrido a partir del año 2000, seguramente vinculado a cambios introducidos por el FNR en los protocolos de cobertura. Los trasplantes alogénicos, luego de una tendencia al crecimiento, han descendido en el año 2005.

Las cifras de trasplante renal se han incrementado notoriamente en los últimos dos años. También se incrementó el ingreso de pacientes nuevos a diálisis.

El número de pacientes quemados tratados con cobertura del FNR se mantuvo estable en todo el período.

El cuadro 1 permite ver el número de pacientes que contaron con cobertura para tratamientos con los medicamentos incluidos recientemente.



Cuadro 1

Actos autorizados por año

Acto médico	Año					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Hemodinamia - adulto	6359	4751	4155	3411	3075	3215
Hemodinamia - infantil	277	263	203	159	182	134
Angioplastia coronaria	2559	2348	2229	2327	2301	2683
Cateterismo terapéutico	94	74	49	98	104	119
Cirugía cardíaca - adulto	2243	2120	2005	1809	1753	1859
Cirugía cardíaca - infantil	239	215	225	209	203	208
Marcapasos - Implantes	1241	1164	996	929	904	942
Cardiodesfibrilador - Impl.	0	0	0	38	44	39
Trasplante cardíaco	12	9	9	7	13	8
Prot. cadera - Artrosis	1226	1125	1051	1117	1229	1248
Prot. cadera - Fractura	950	825	881	868	798	844
Prot. cadera - Recambio	143	120	103	107	128	119
Prot. rodilla - Implante	775	730	697	586	892	765
Prot. rodilla - Revisión	25	20	14	8	12	8
Implante coclear	0	0	0	4	12	17
TILU - T. Endourológico	299	359	356	264	414	417
TILU - L. Extracorpórea	1564	1283	821	880	844	773
Quemados	195	150	156	179	168	182
TMO - Autólogo	113	103	88	83	80	77
TMO - Alogénico	21	13	17	22	27	18
Trasplante Renal	*	*	*	74	103	116

El cuadro 2 permite valorar la evolución del número de actos realizados en los últimos seis años discriminando según la procedencia institucional de los pacientes. En ese sentido, debe destacarse que la cobertura para pacientes provenientes de Salud Pública (que han sido siempre menos que los provenientes de las IAMC) se ha

mantenido más estable, mientras que entre los pacientes provenientes de las IAMC es donde se ha observado el mayor descenso. En los últimos años se han incorporado pacientes derivados de las FFAA y un grupo de pacientes de del BPS que no están incluidos entre los asistidos por las IAMC a través de la ex DISSE.

Cuadro 2

Actos autorizados por año
Distribuidos según Institución de origen de los pacientes

Origen del paciente	Año					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
IAMC	14.520	12.752	11.706	10.380	10.071	11.089
MSP	5261	4730	4737	4159	4444	4811
SFFAA	0	1	1	360	459	437
BPS	0	0	0	13	90	80
Total	19.781	17.483	16.444	14.912	15.064	16.417

El cuadro 3 muestra la evolución del número de actos de los últimos años según los principales tramos de edad de los pacientes.

Cuadro 3

Actos autorizados por año
Distribuidos según rangos de edad de los pacientes

Rango de edad	Año					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
0 a 14 años	690	633	599	529	623	564
15 a 44 años	1990	1668	1453	1321	1398	1486
45 a 74 años	12.663	11.115	10.181	9338	9391	10.207
75 años y más	4438	4067	4211	3724	3652	4160
Total	19.781	17.483	16.444	14.912	15.064	16.417

En los gráficos 1 y 2 puede observarse la evolución del número de actos con cobertura autorizada (diferenciada según la procedencia del paciente) y del número de negativas a la cobertura solicitada en el transcurso de los años.

Gráfico 1

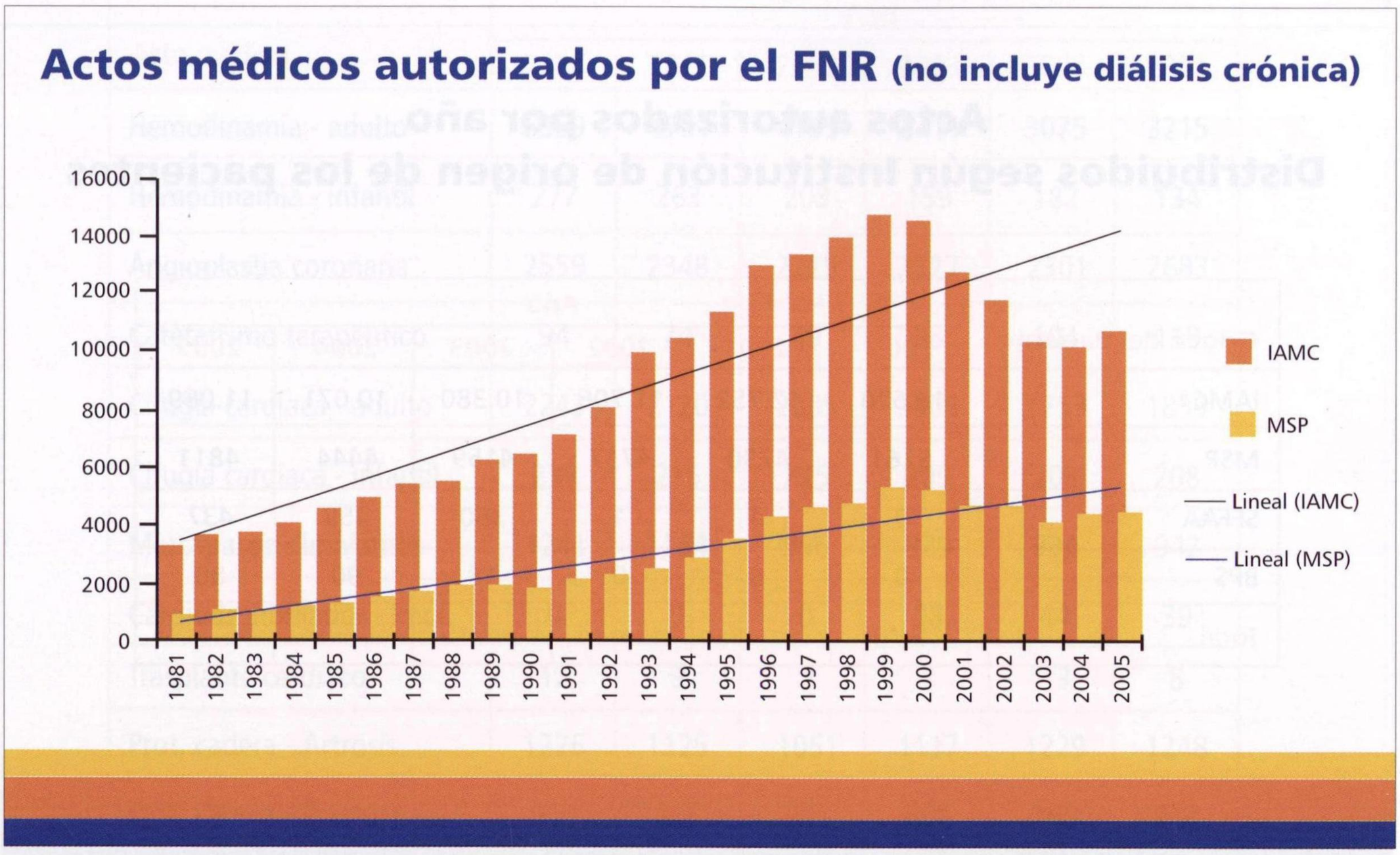
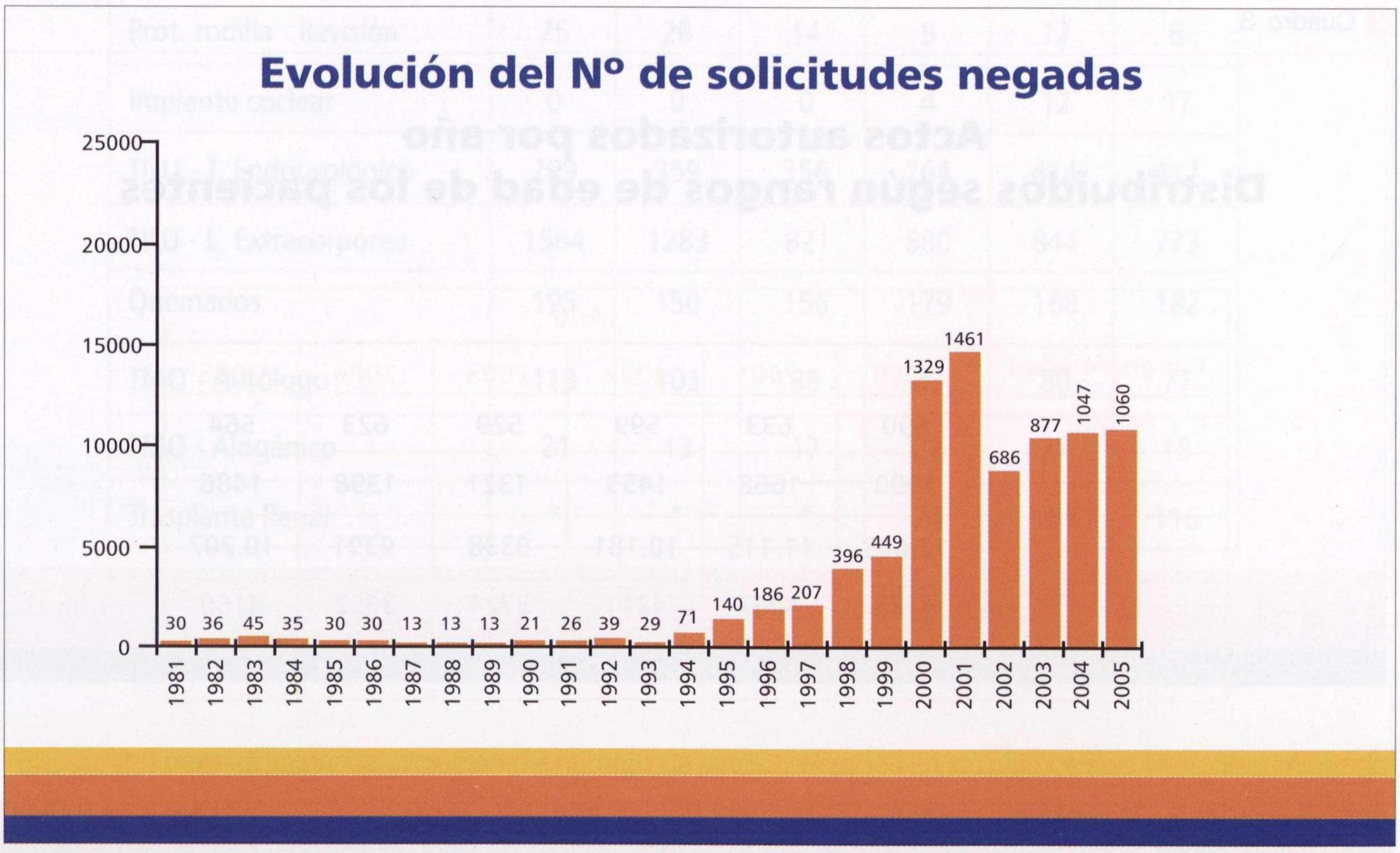


Gráfico 2



Un interés especial presenta el número de actos con cobertura autorizada por el FNR según la procedencia geográfica del paciente. Debe destacarse que, mientras Montevideo tiene una tasa de 61,6 actos por 10.000 habitantes, Cerro Largo tiene menos de la mitad de esa tasa. Dichas cifras se presentan en el cuadro 4 y el gráfico 3.

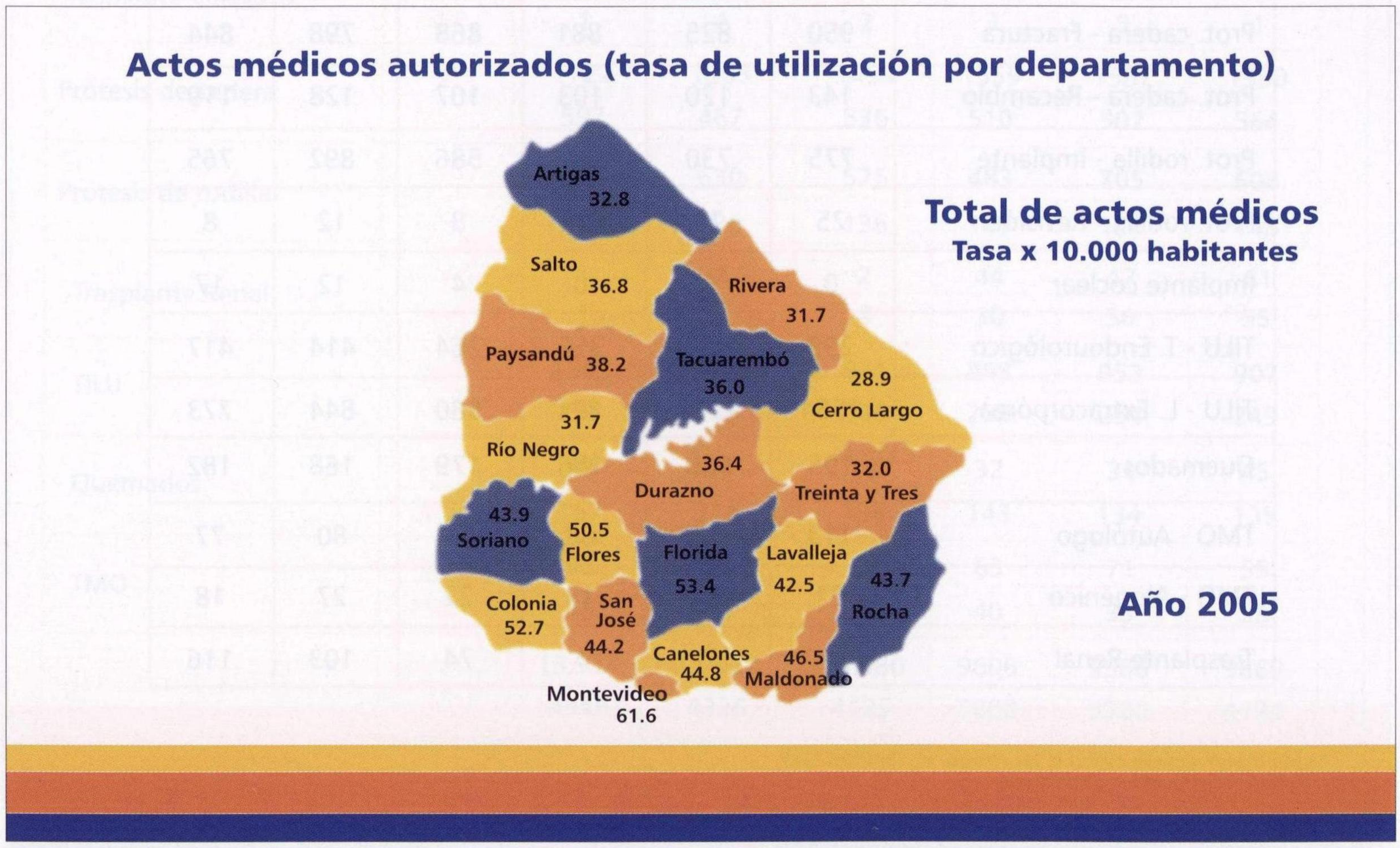
Cuadro 4

Actos médicos autorizados
Tasa de utilización por departamento

Departamento	Nº	Tasa	Departamento	Nº	Tasa
Montevideo	8308	61.6	Paysandú	440	38.2
Florida	371	53.4	Salto	463	36.8
Colonia	638	52.7	Durazno	219	36.4
Flores	129	50.5	Tacuarembó	336	36.0
Maldonado	670	46.5	Artigas	260	32.8
Canelones	2232	44.8	Treinta y Tres	160	32.0
San José	467	44.2	Rivera	341	31.7
Soriano	379	43.9	Río Negro	175	31.7
Rocha	310	43.7	Cerro Largo	256	28.9
Lavalleja	263	42.5			

Tasa por 10.000 habitantes.
Población proyectada por INE al 30 de junio de 2005.

Gráfico 3



I.2. Actos médicos realizados

En cuanto a los actos efectivamente realizados en los últimos 6 años, debe destacarse que los números son consistentemente más bajos que las coberturas autorizadas. Algunas de las diferencias tienen explicación porque los informes de realización de procedimientos autorizados sobre el final de un año pueden llegar al FNR al siguiente. De todas formas las tendencias son similares a las ya expuestas (cuadro 5).

Cuadro 5

Actos autorizados por año

Acto médico	Año					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Hemodinamia - adulto	6359	4751	4155	3411	3075	3215
Hemodinamia - infantil	277	263	203	159	182	134
Angioplastia coronaria	2559	2348	2229	2327	2301	2683
Cateterismo terapéutico	94	74	49	98	104	119
Cirugía cardíaca - adulto	2243	2120	2005	1809	1753	1859
Cirugía cardíaca - infantil	239	215	225	209	203	208
Marcapasos - Implantes	1241	1164	996	929	904	942
Cardiodesfibrilador - Impl.	0	0	0	38	44	39
Trasplante cardíaco	12	9	9	7	13	8
Prot. cadera - Artrosis	1226	1125	1051	1117	1229	1248
Prot. cadera - Fractura	950	825	881	868	798	844
Prot. cadera - Recambio	143	120	103	107	128	119
Prot. rodilla - Implante	775	730	697	586	892	765
Prot. rodilla - Revisión	25	20	14	8	12	8
Implante coclear	0	0	0	4	12	17
TILU - T. Endourológico	299	359	356	264	414	417
TILU - L. Extracorpórea	1564	1283	821	880	844	773
Quemados	195	150	156	179	168	182
TMO - Autólogo	113	103	88	83	80	77
TMO - Alogénico	21	13	17	22	27	18
Trasplante Renal	*	*	*	74	103	116

En los próximos cuadros y gráficos se muestra la evolución ocurrida a partir del año 2000 en el número de realizaciones discriminadas según la procedencia institucional del paciente, tanto en el total de actos como en cada una de las técnicas (cuadro 6 y gráficos 4 a 18).

Cuadro 6

Actos realizados según origen de los pacientes

Acto médico	Origen	Año					
		2000	2001	2002	2003	2004	2005
Hemodinamia - adulto	IAMC	4576	3283	2873	2247	2030	2115
	MSP	1783	1467	1282	1054	927	1001
Hemodinamia - infantil	IAMC	111	110	83	56	56	41
	MSP	166	153	120	91	92	65
Angioplastia coronaria	IAMC	1971	1785	1681	1613	1586	1827
	MSP	588	563	548	615	634	789
Cateterismo terapéutico	IAMC	40	39	20	39	31	44
	MSP	54	35	29	53	56	61
Cirugía cardíaca - adulto	IAMC	1667	1554	1465	1235	1167	1225
	MSP	576	566	540	528	510	553
Cirugía cardíaca - infantil	IAMC	101	92	92	74	68	65
	MSP	138	123	133	120	97	99
Marcapasos - Implante	IAMC	953	887	775	687	663	707
	MSP	288	277	221	241	239	222
Cardiodesfribilador - Impl.	IAMC	0	0	0	26	25	24
	MSP	0	0	0	12	19	15
Trasplante Cardíaco	IAMC	11	5	7	4	8	6
	MSP	1	4	2	3	5	1
Prótesis de cadera	IAMC	1722	1603	1499	1559	1587	1590
	MSP	597	467	536	510	502	564
Prótesis de rodilla	IAMC	656	630	575	483	705	608
	MSP	144	120	136	107	180	148
Trasplante Renal	IAMC	1	1	2	44	47	61
	MSP	1	2	4	30	56	55
TILU	IAMC	1569	1379	931	898	953	907
	MSP	294	263	246	209	254	249
Quemados	IAMC	38	34	18	32	31	45
	MSP	157	116	138	143	134	135
TMO	IAMC	96	72	75	63	71	55
	MSP	38	44	30	40	33	38
TODOS LOS ACTOS	IAMC	13.914	11.927	10.580	9606	9586	9869
	MSP	4946	4326	4125	3888	3920	4174

Realizaciones no ingresadas al nuevo sistema informático

Gráfico 4

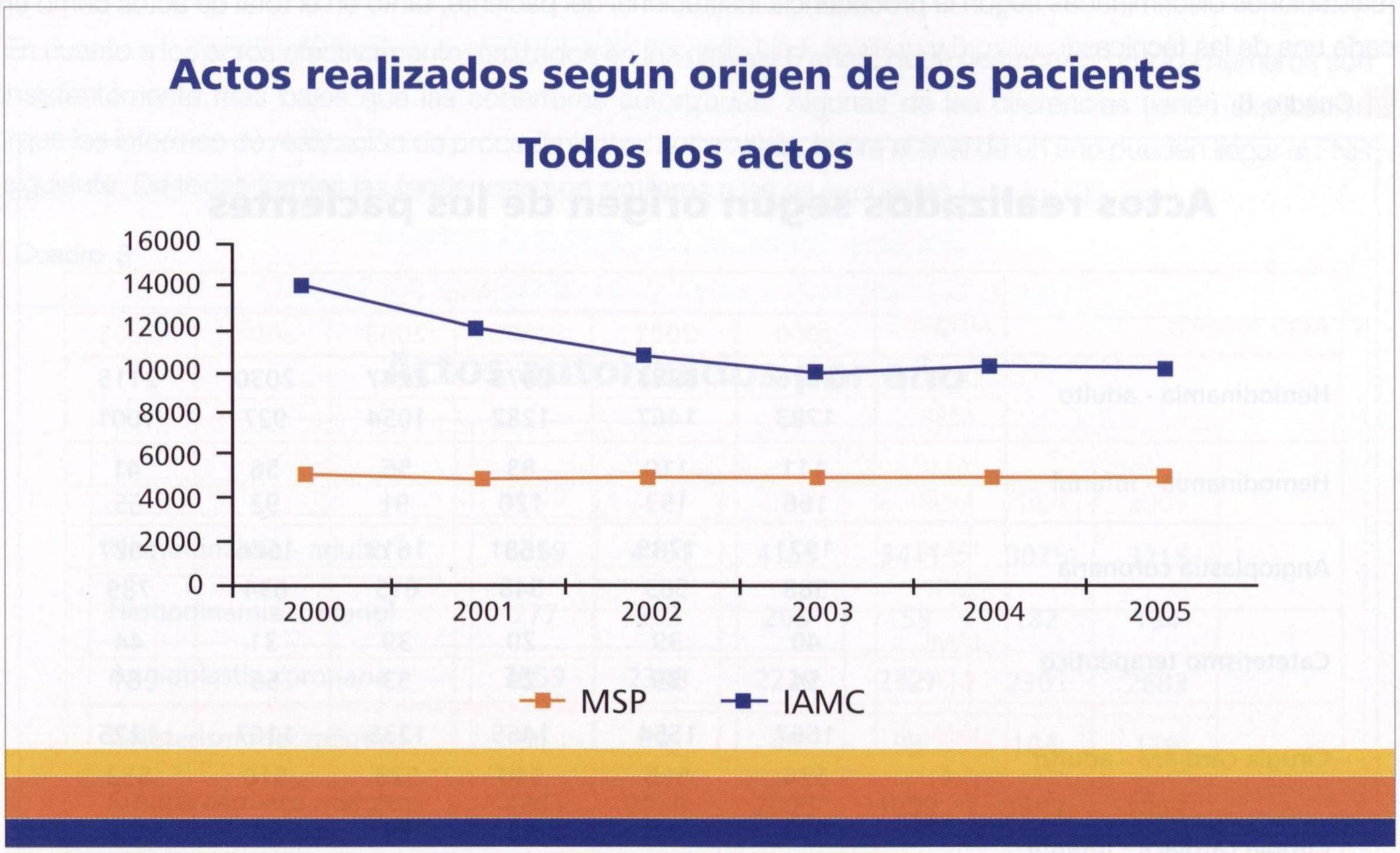


Gráfico 5

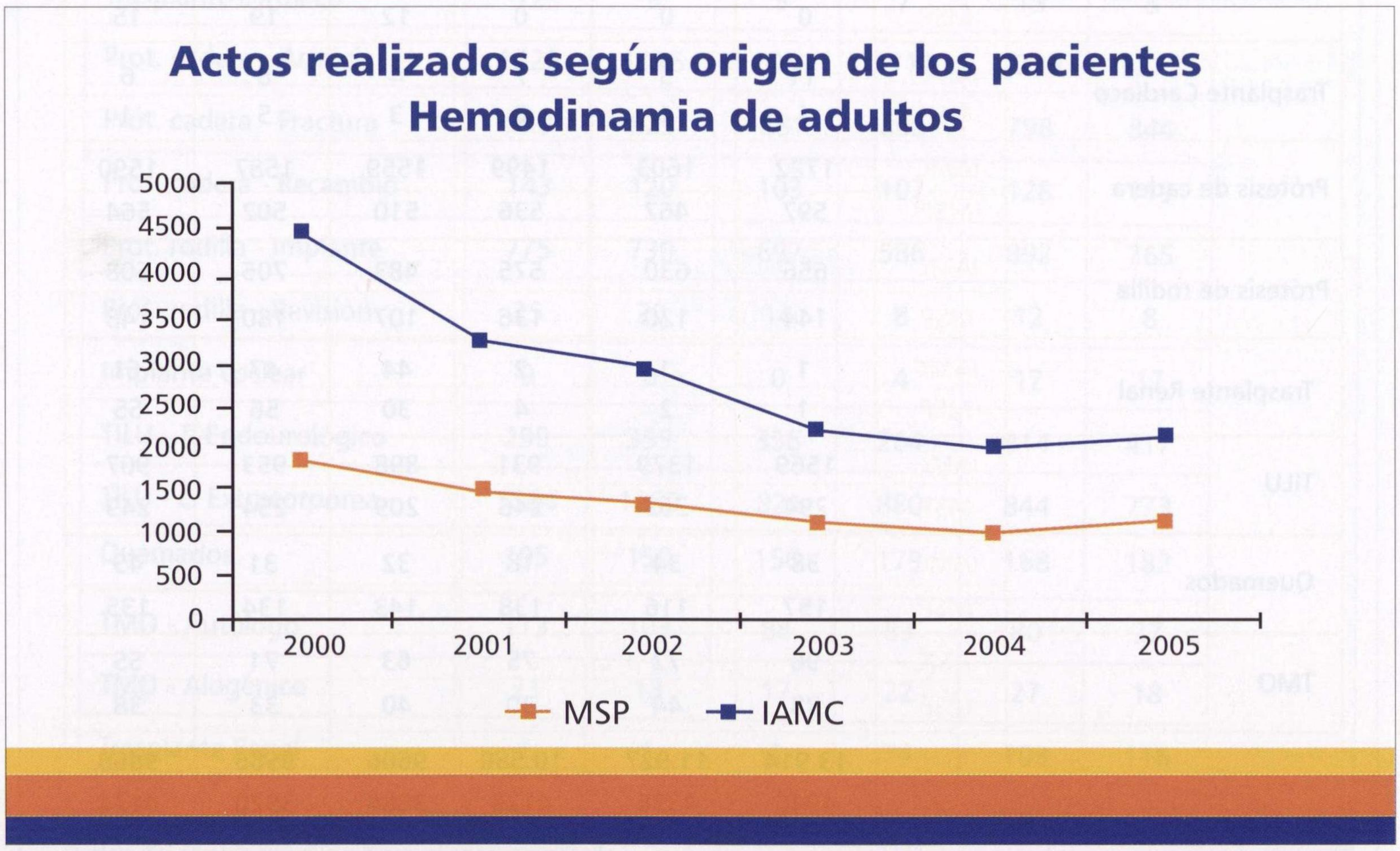
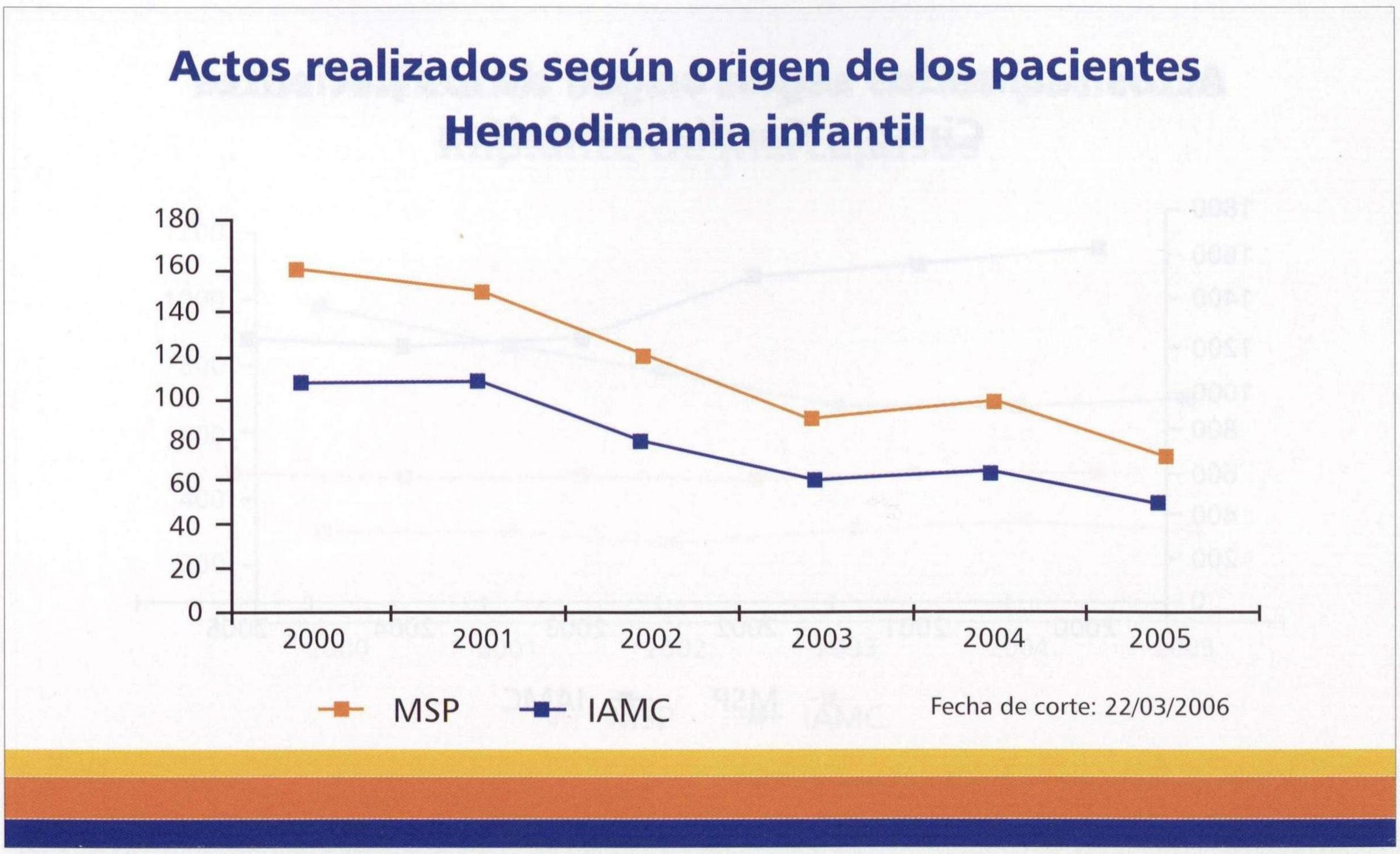


Gráfico 6



Debe destacarse que la hemodinamia y la cirugía cardíaca infantiles, así como los tratamientos de quemados son las únicas técnicas en las cuales el número de pacientes del sector público es superior a los provenientes de IAMC.

En la hemodinamia infantil se encuentra un notorio descenso resultado de la sustitución de este método diagnóstico por otros procedimientos menos invasivos.

Gráfico 7

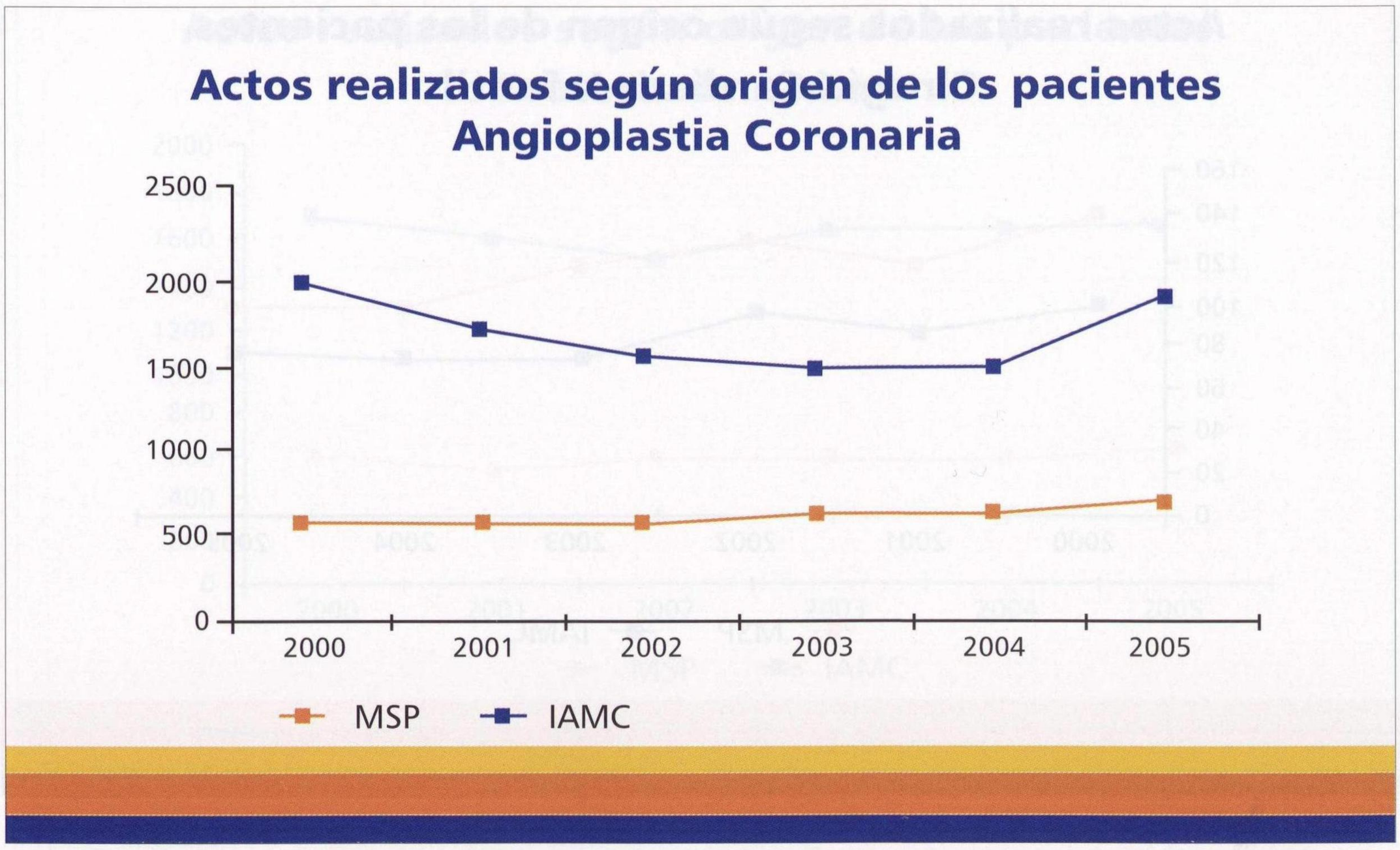


Gráfico 8

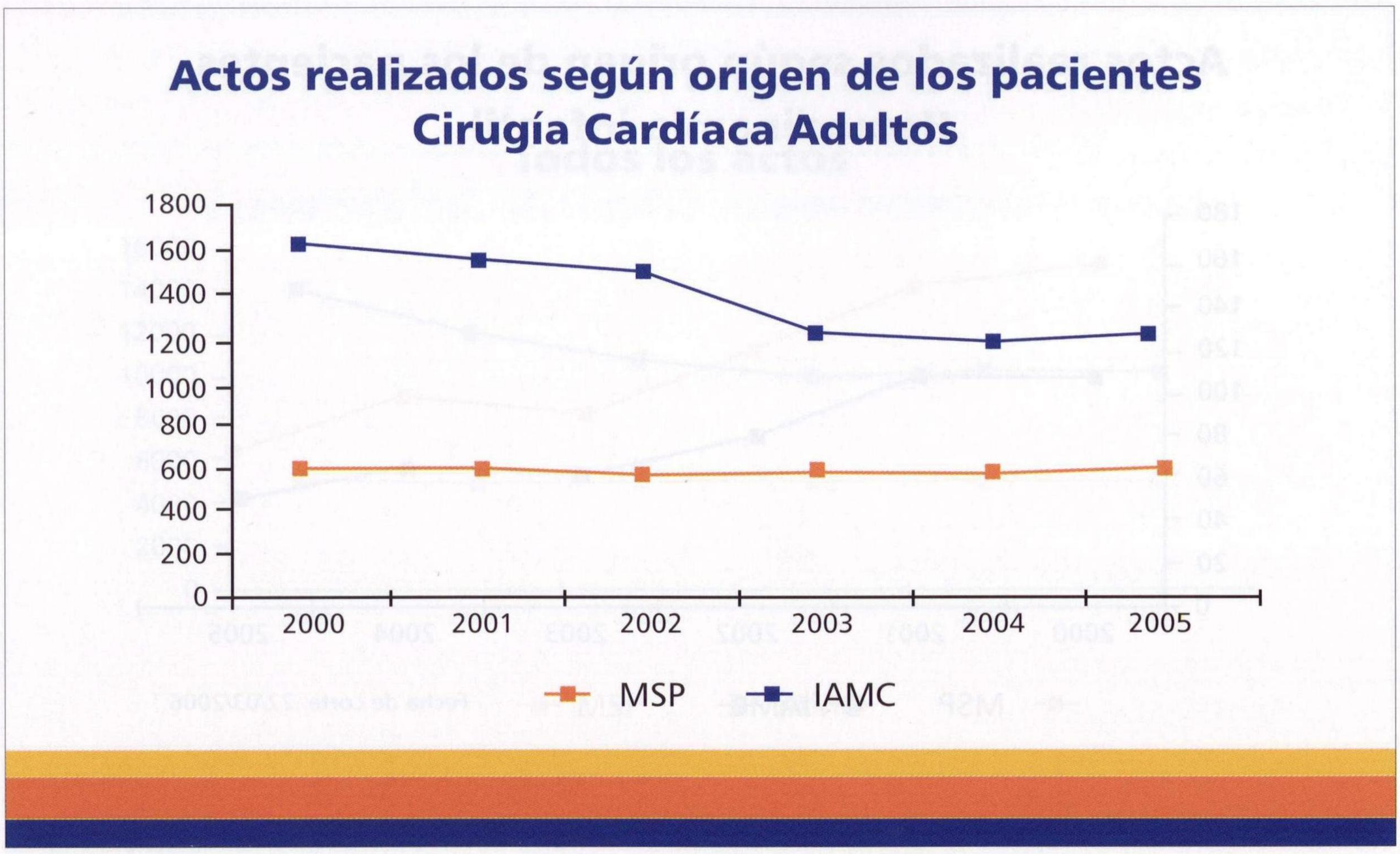


Gráfico 9

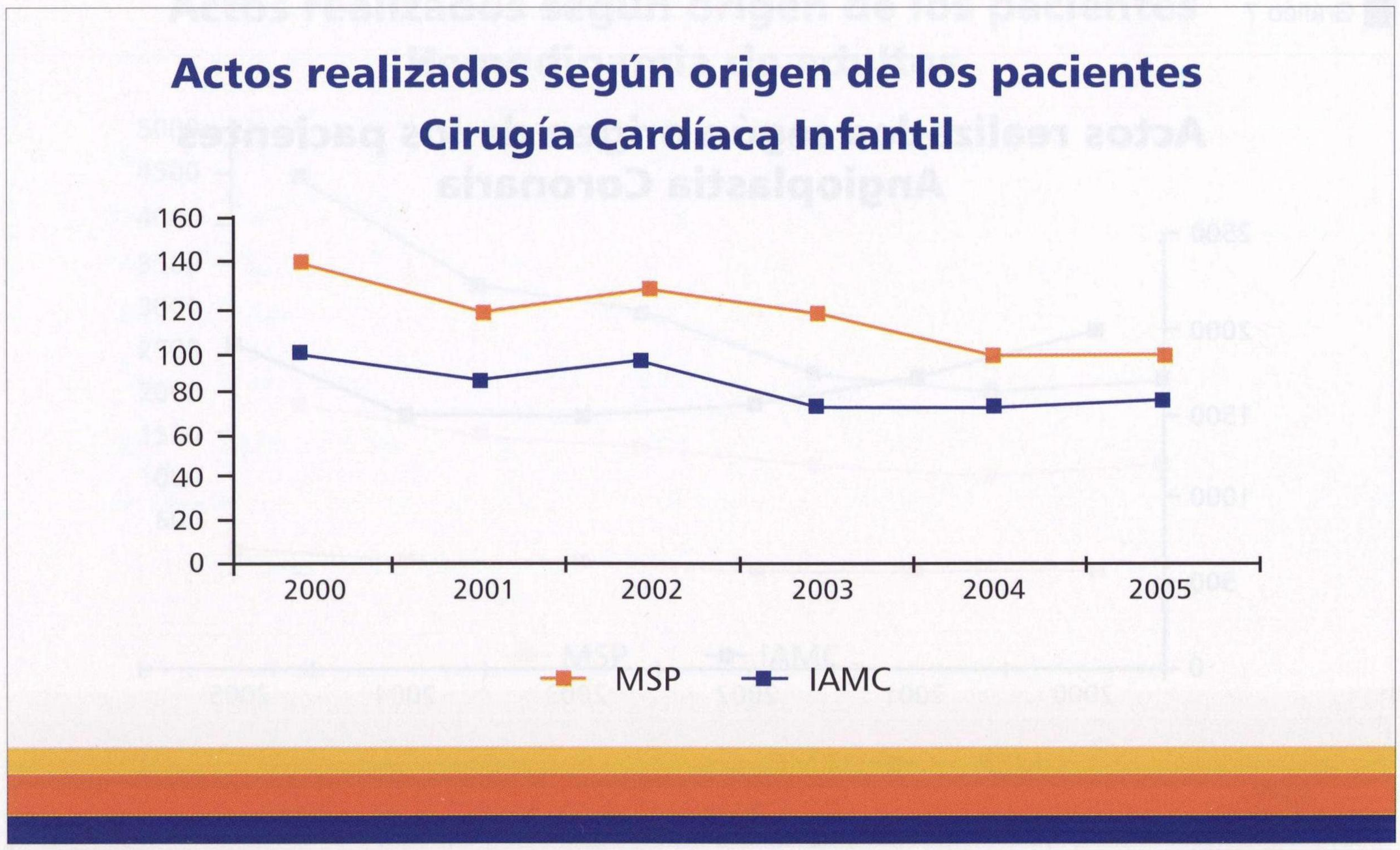


Gráfico 10

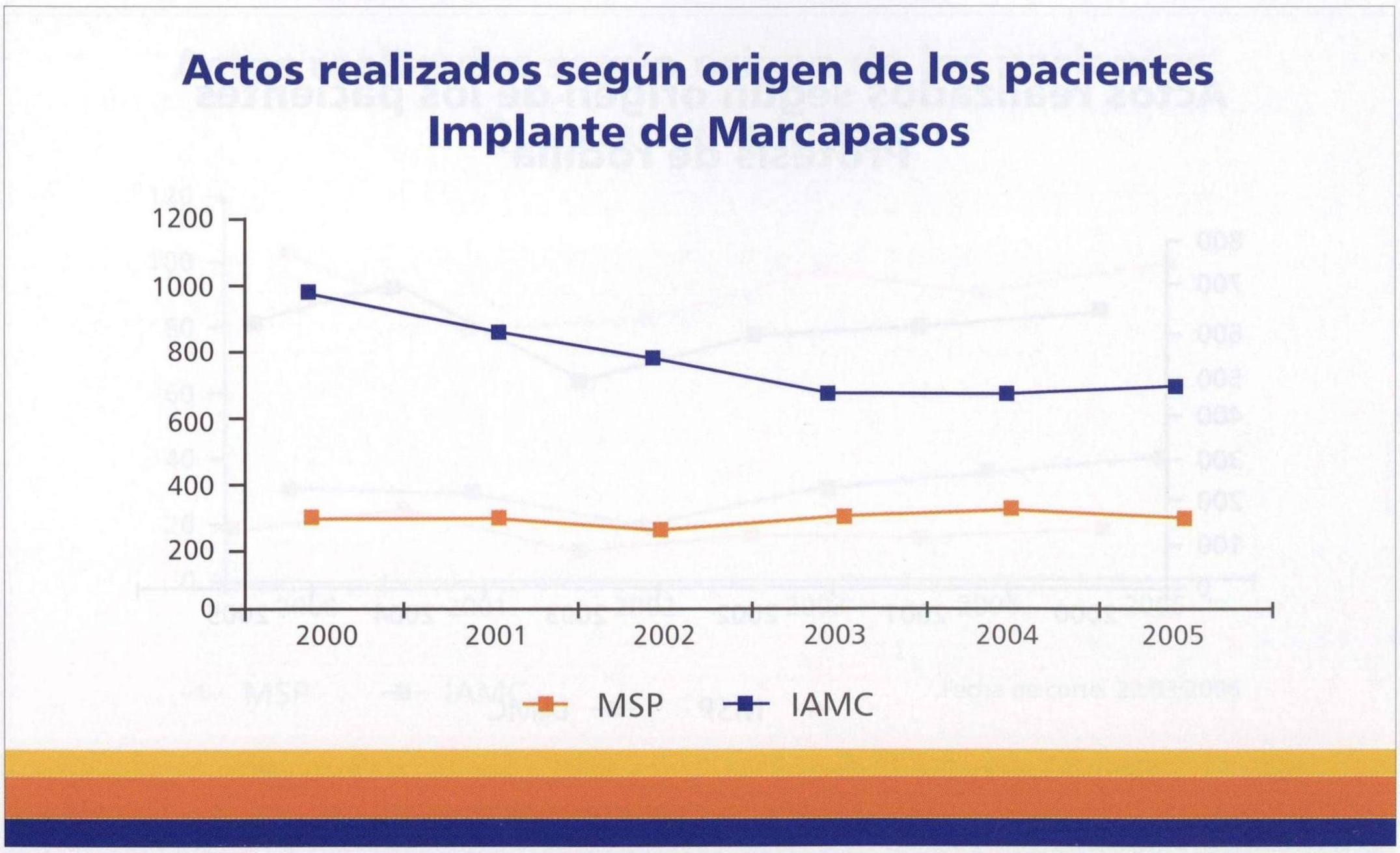


Gráfico 11

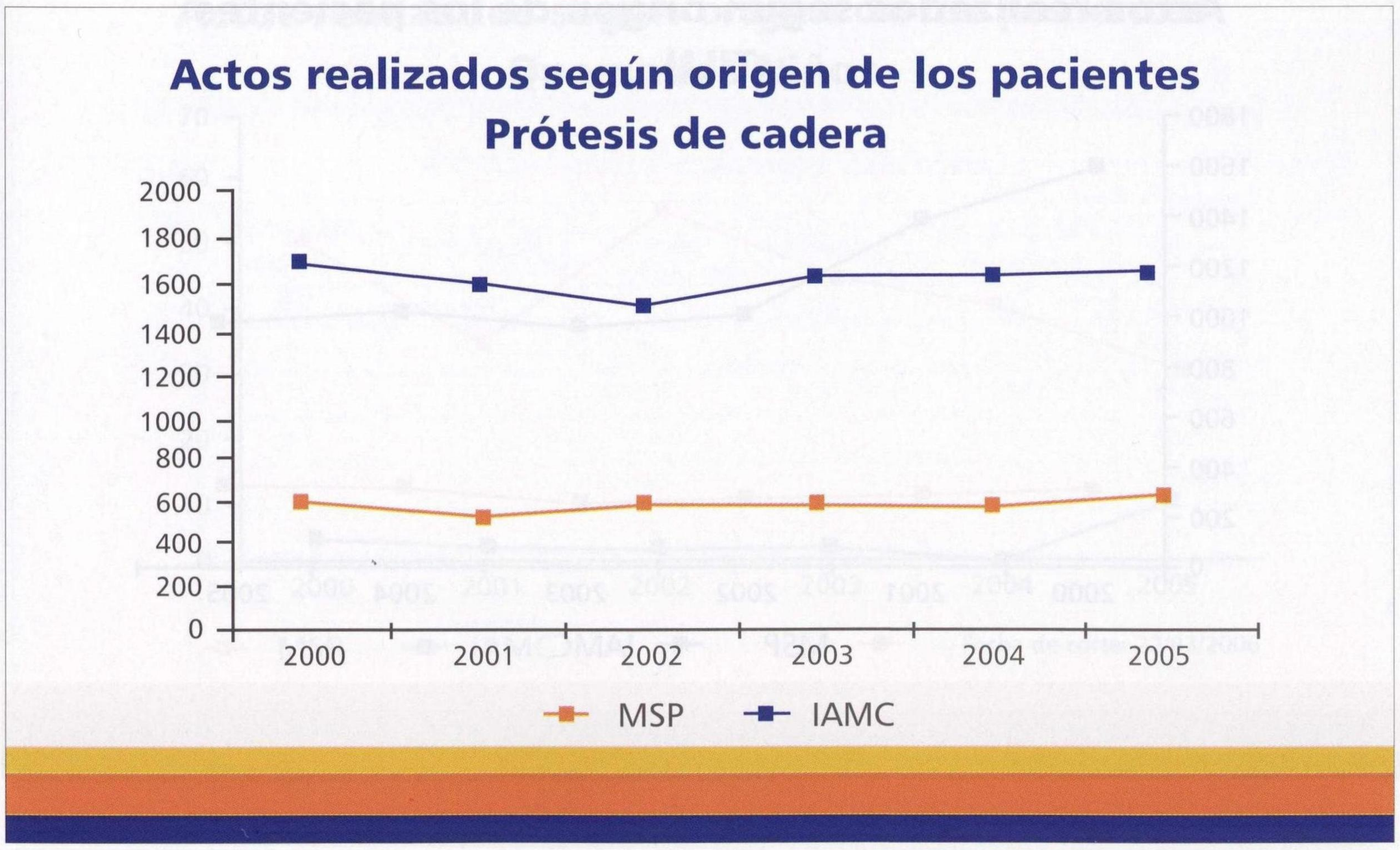


Gráfico 12

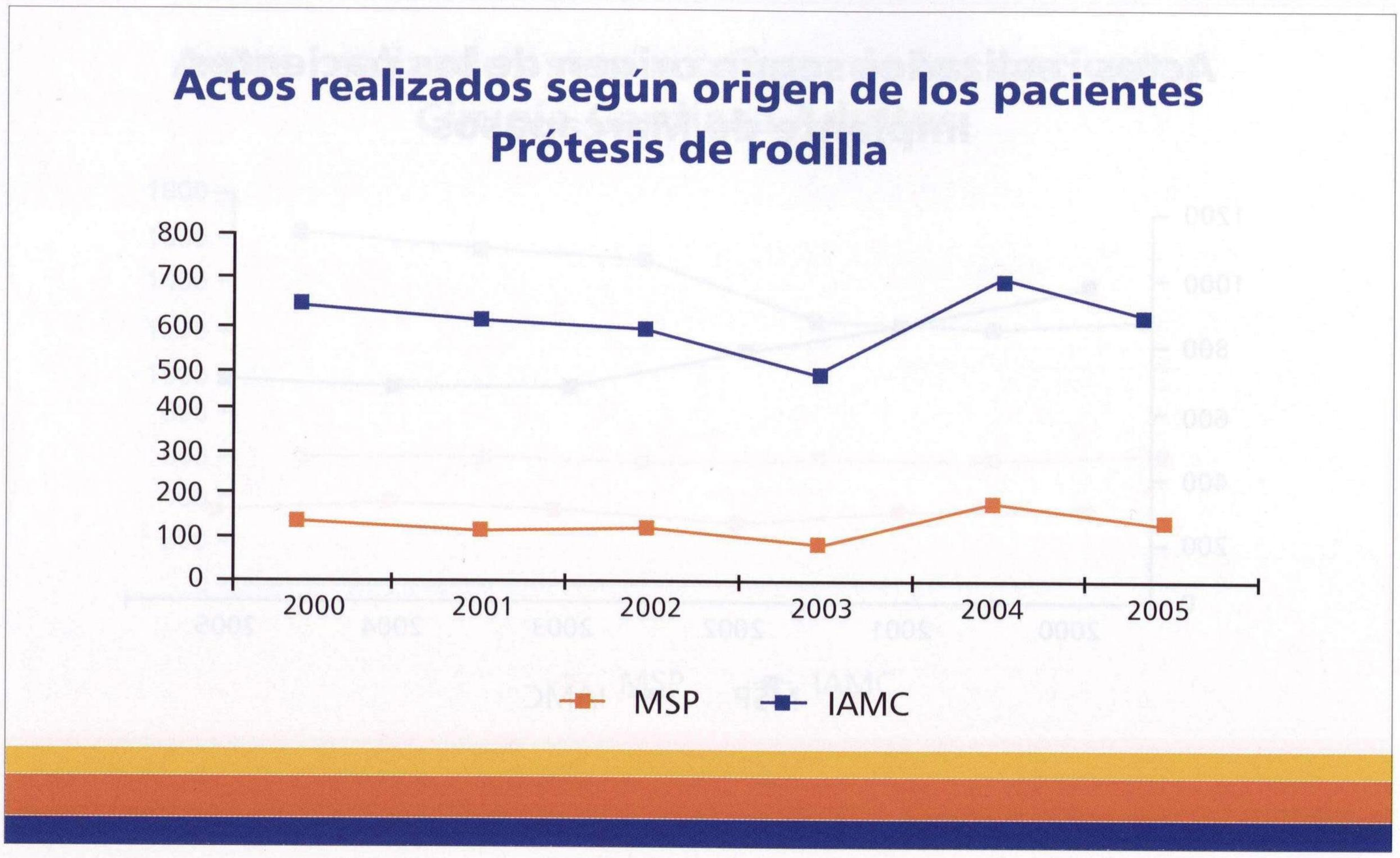


Gráfico 13

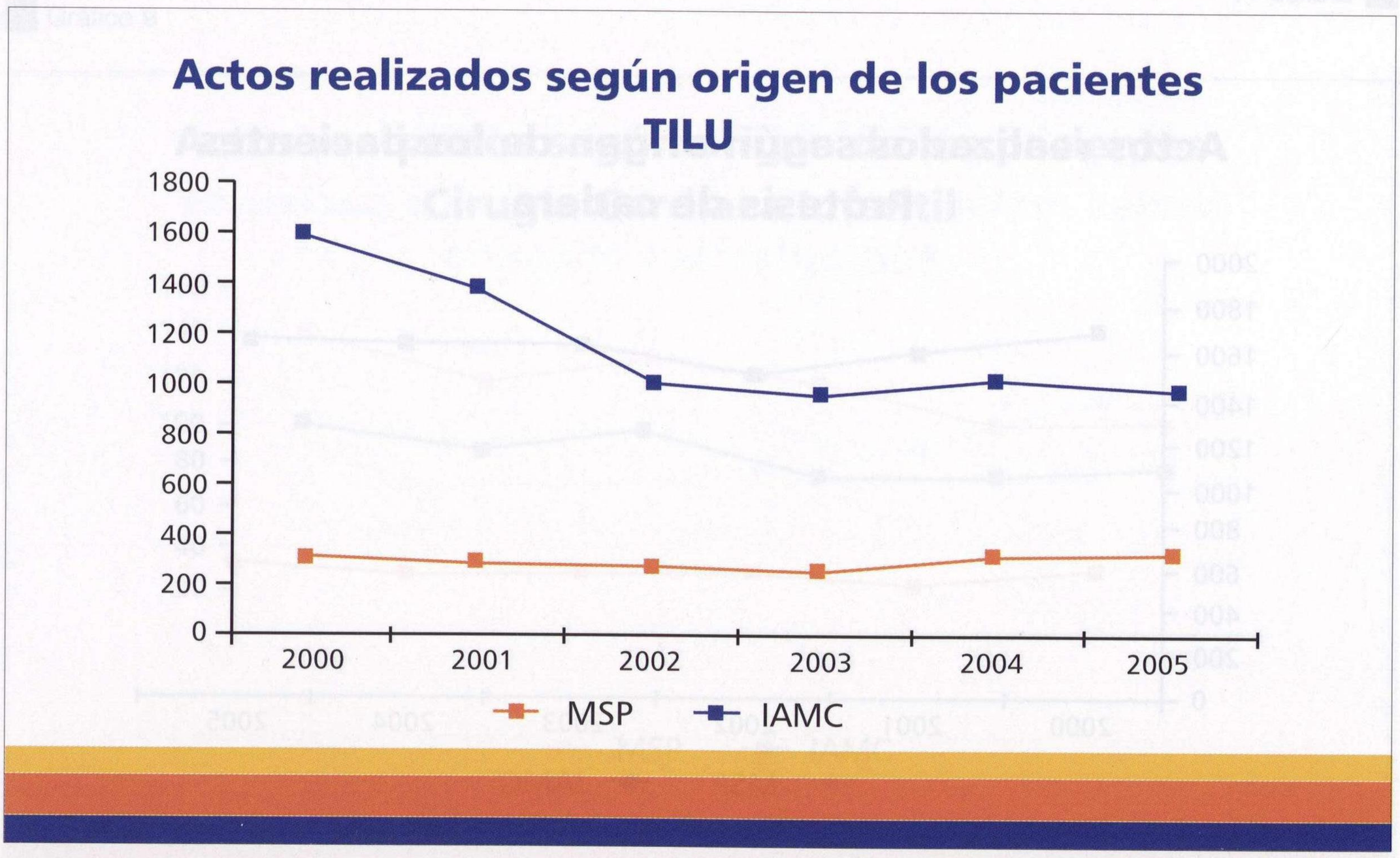


Gráfico 14

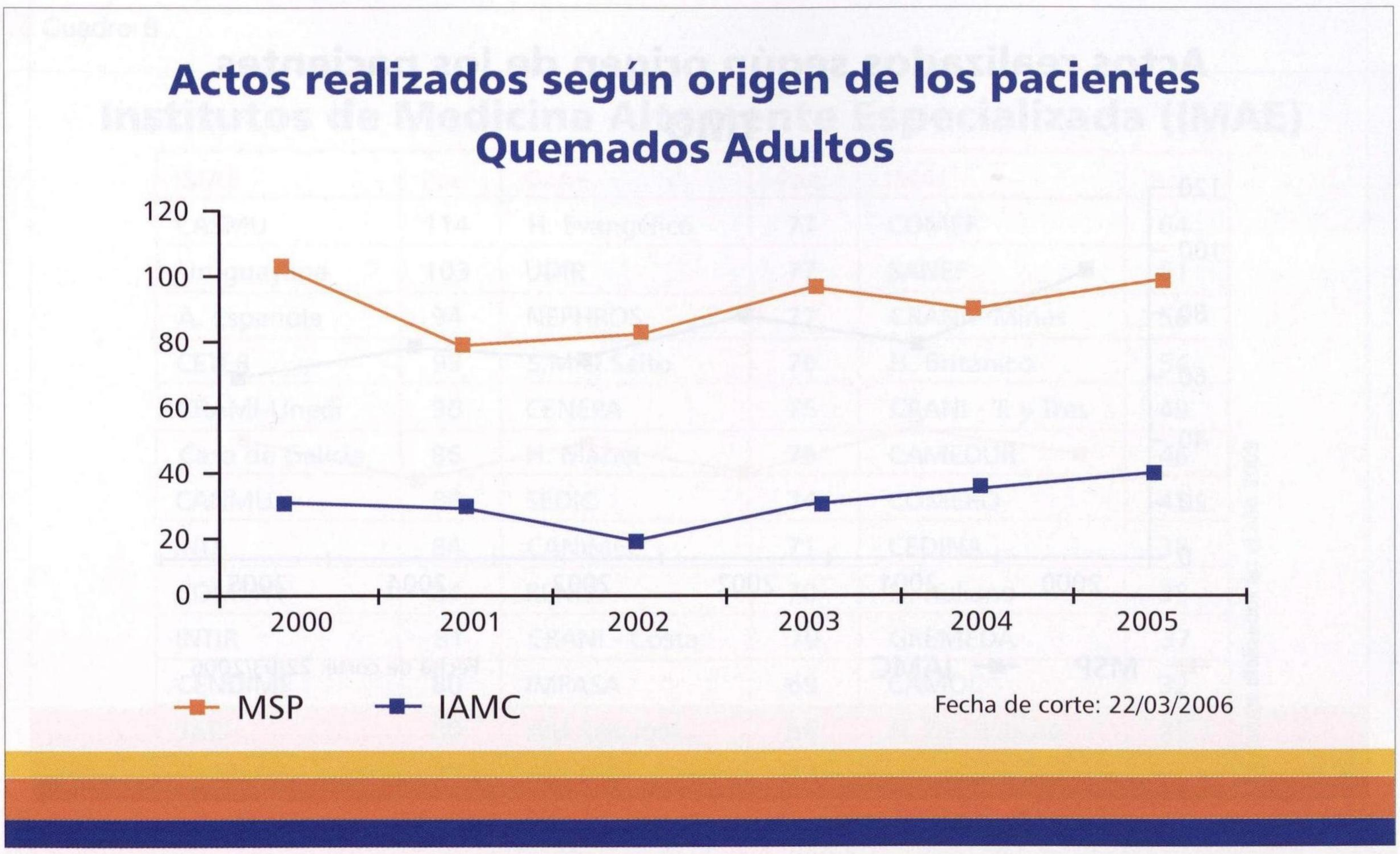


Gráfico 15

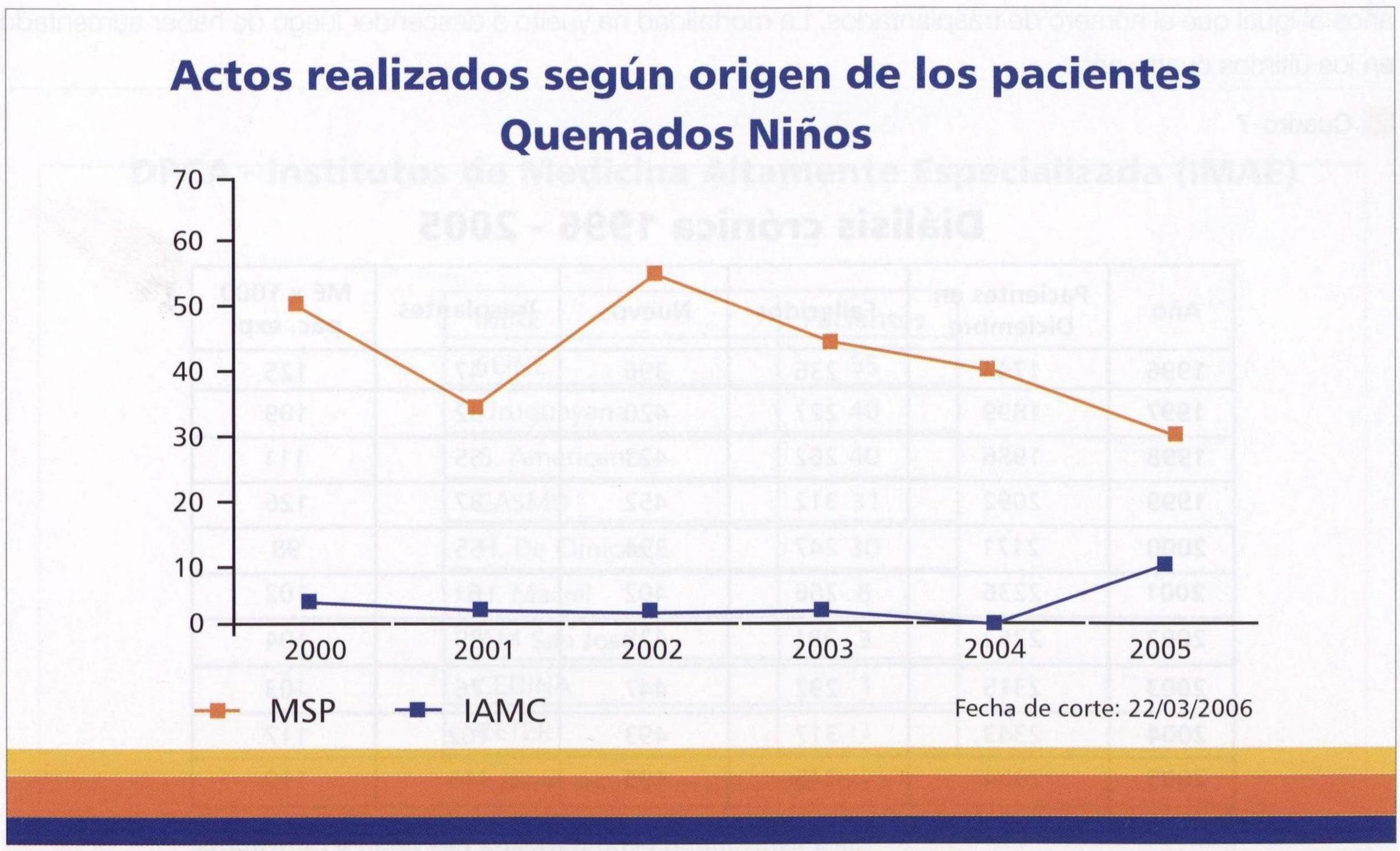
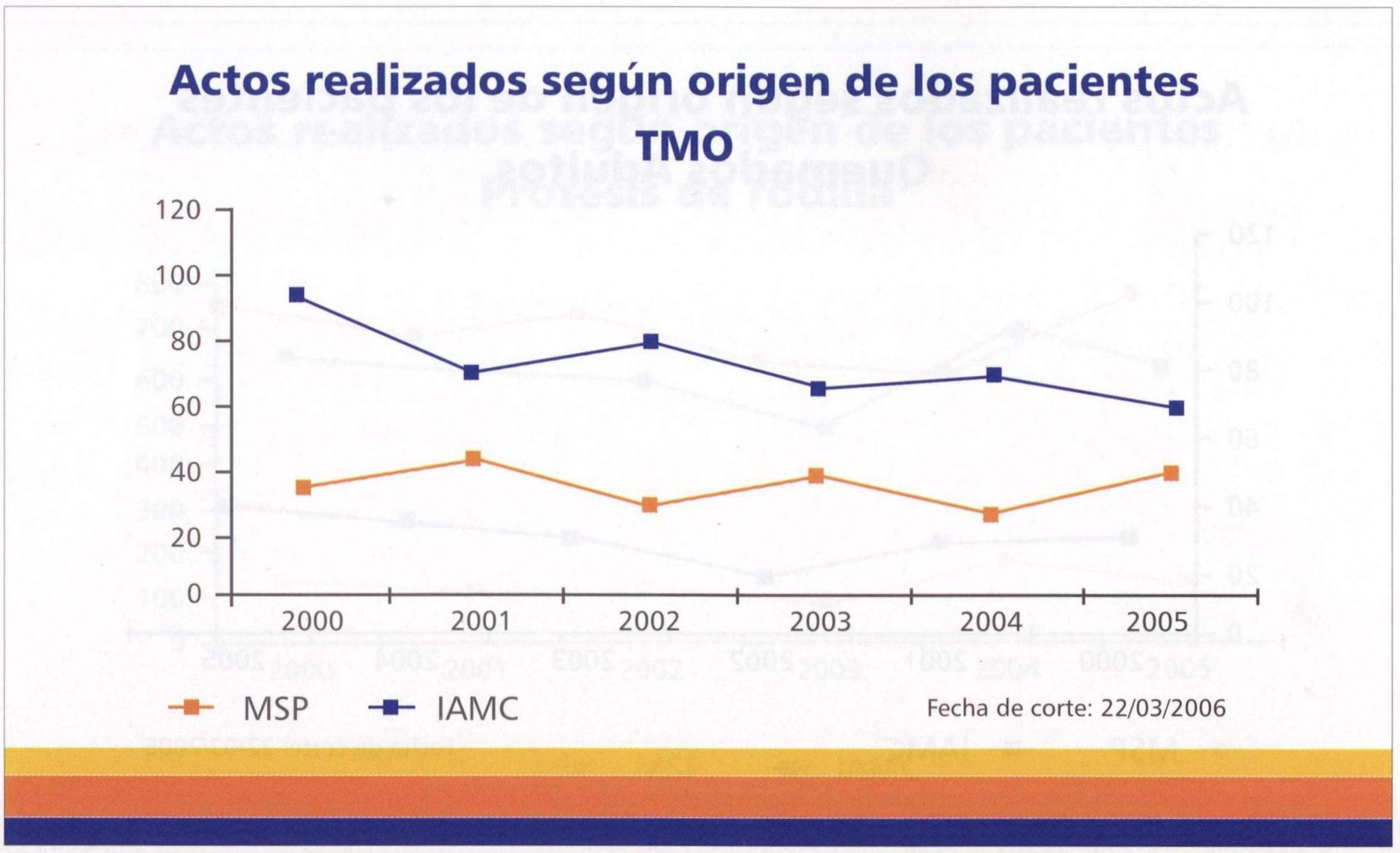


Gráfico 16



I.3. Diálisis crónica

En el cuadro 7 se presenta el número de pacientes en diálisis a diciembre de cada año durante los últimos 10 años, detallando el número de pacientes nuevos, los trasplantados y los fallecidos. Se incluye el cálculo de la mortalidad estandarizada cada 1000 pacientes expuestos. Los pacientes nuevos han crecido en los últimos años al igual que el número de trasplantados. La mortalidad ha vuelto a descender luego de haber aumentado en los últimos cuatro años.

Cuadro 7

Diálisis crónica 1996 - 2005

Año	Pacientes en Diciembre	Fallecidos	Nuevos	Trasplantes	ME x 1000 pac. exp.
1996	1743	236	396	47	125
1997	1899	227	420	32	109
1998	1986	262	423	55	111
1999	2092	312	452	37	126
2000	2171	247	394	55	98
2001	2236	266	402	61	102
2002	2262	281	425	89	104
2003	2315	292	447	76	103
2004	2343	317	493	102	117
2005	2404	345	495	115	110

ME= Mortalidad estandarizada por edad y nefropatía

La distribución de pacientes en hemodiálisis y en diálisis peritoneal según IMAE se muestra en los cuadros 8 y 9.

Cuadro 8

Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE)

IMAE	Pac.	IMAE	Pac.	IMAE	Pac.
CASMU	114	H. Evangélico	77	COMEF	64
Uruguayana	103	UDIR	77	SANEF	61
A. Española	94	NEPHROS	77	CRANI - Minas	56
CETER	93	S.M.Q.Salto	76	H. Británico	54
CRAMI-Unedi	90	CENEPA	75	CRANI - T. y Tres	49
Casa de Galicia	86	H. Maciel	75	CAMEDUR	46
CANMU	86	SEDIC	74	COMERO	45
INU	84	CANIMEL	71	CEDINA	38
COMEPA	84	RENIS	70	H. Italiano	38
INTIR	81	CRANI - Costa	70	GREMEDA	37
CENDIME	80	IMPASA	69	CAMOC	32
SARI	80	AM San José	66	H. De Clínicas	25
CAAMEC	77	COMECA	64		

Pacientes dializados en el año 2005

Cuadro 9

DPCA - Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE)

IMAE	Pacientes
SEINE	55
Uruguayana	40
S. Americano	40
CASMU	31
H. De Clínicas	30
H. Maciel	6
AM San José	3
CEDINA	1
CETER	1

Pacientes dializados en el año 2005 - DPCA

Las gráficas que siguen presentan las principales tendencias de estas técnicas así como la tasa de utilización según departamento (gráficos 17 a 22).

Gráfico 17



Gráfico 18

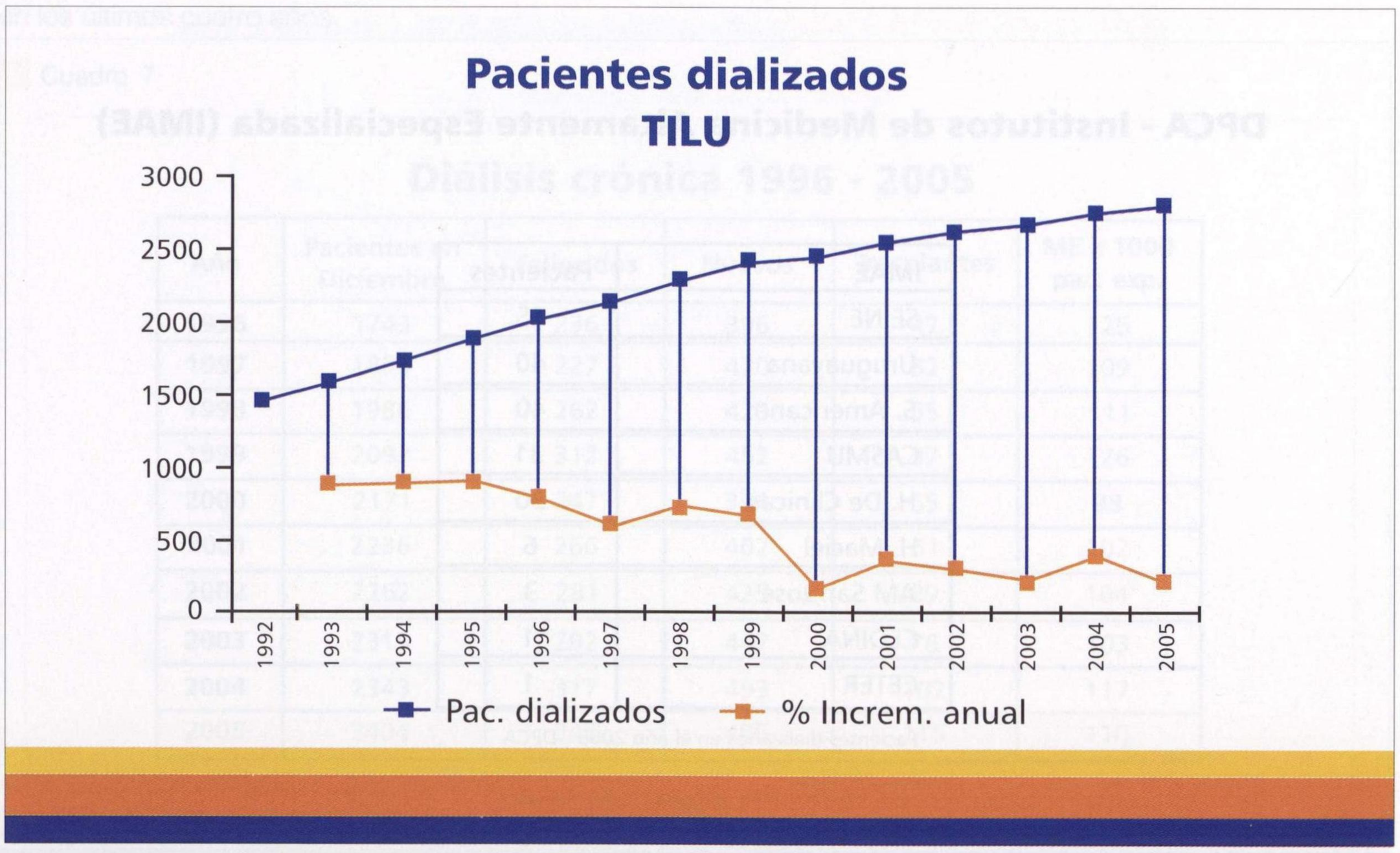


Gráfico 19

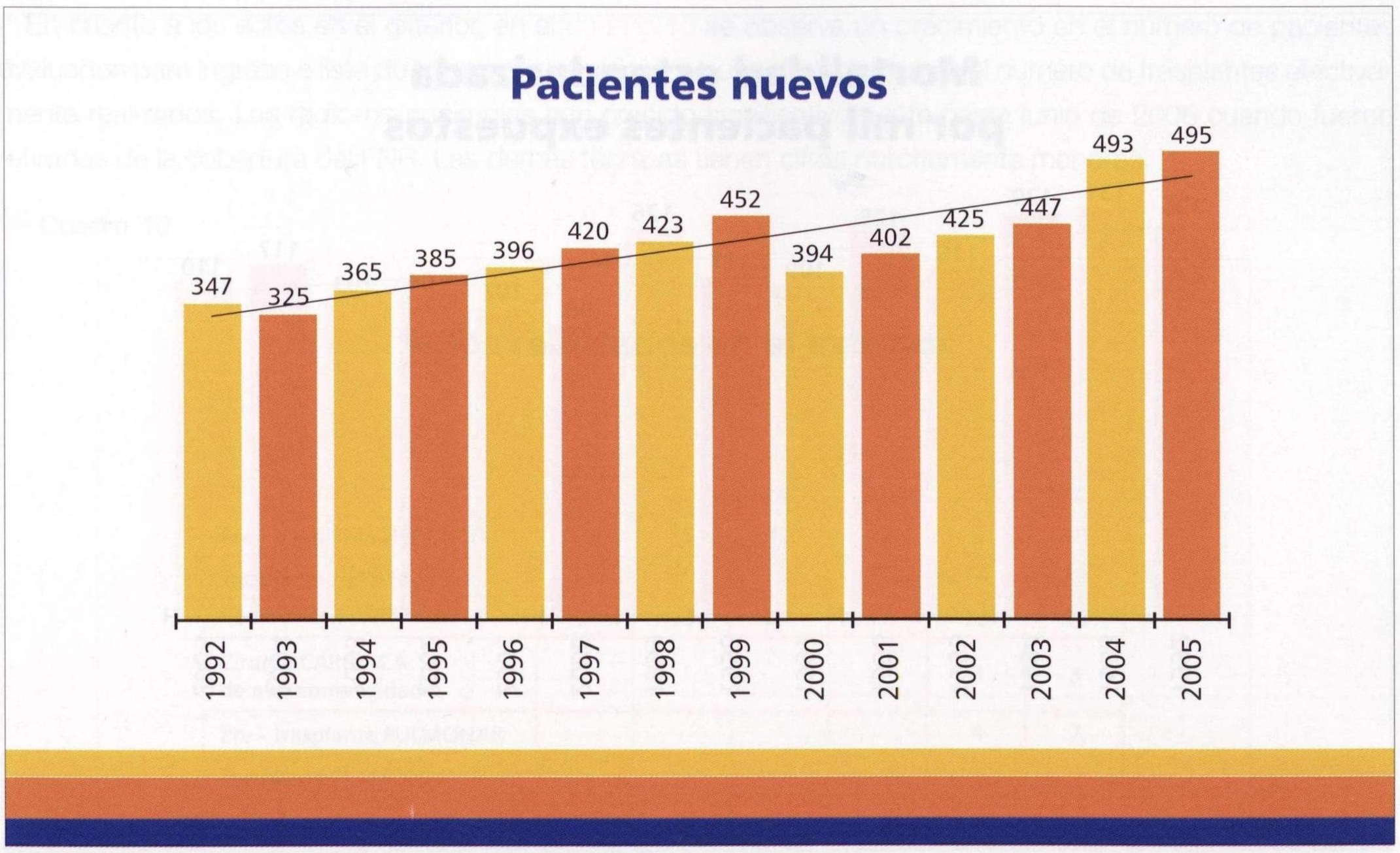


Gráfico 20



Gráfico 21

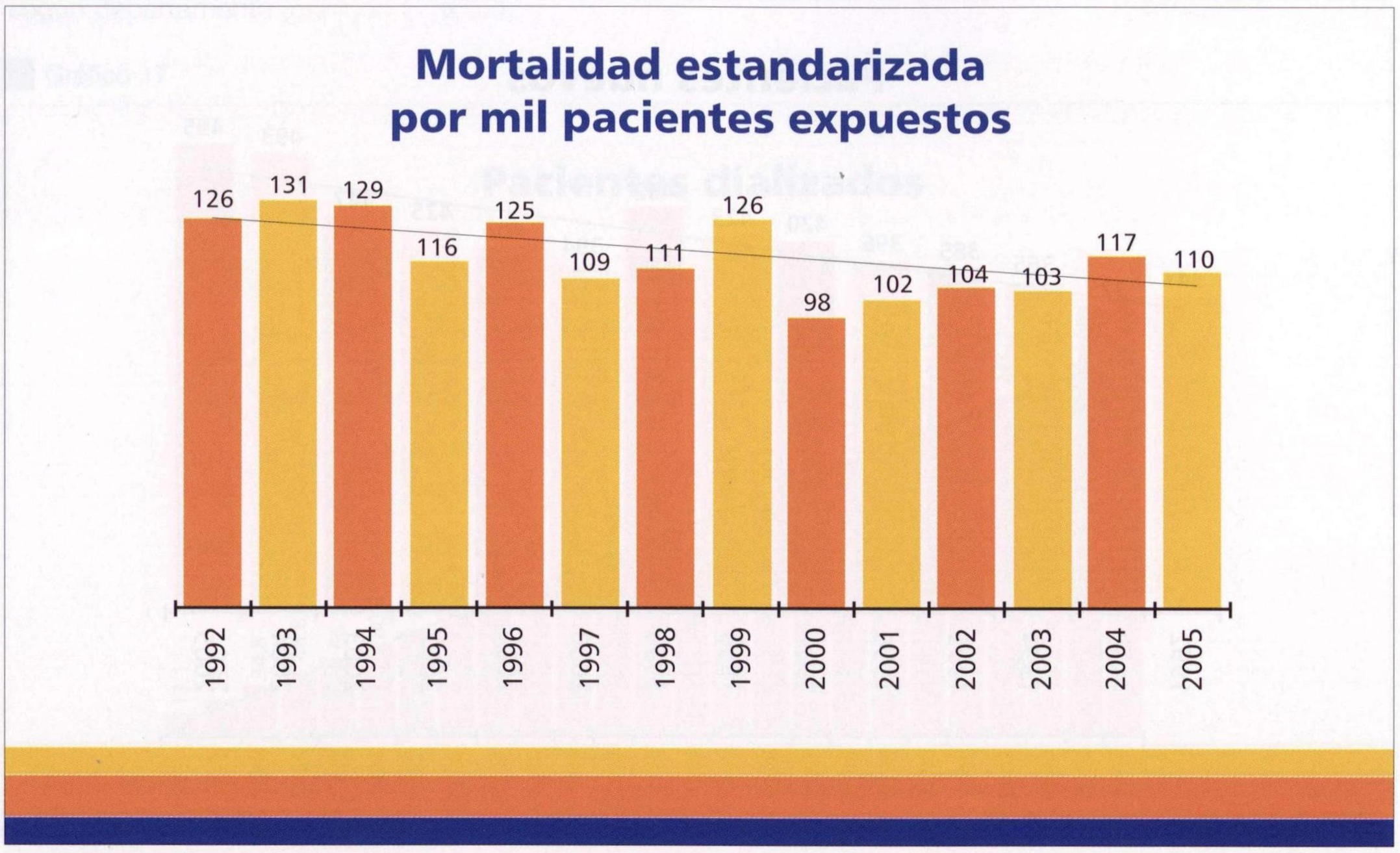


Gráfico 22



I.4. Actos en el exterior

En cuanto a los actos en el exterior, en el cuadro 10 se observa un crecimiento en el número de pacientes evaluados para ingreso a lista de trasplante hepático con una disminución en el número de trasplantes efectivamente realizados. Las radio-neurocirugías han crecido significativamente hasta junio de 2006 cuando fueron retiradas de la cobertura del FNR. Las demás técnicas tienen cifras notoriamente menores.

Cuadro 10

Actos realizados en el exterior

Acto Médico	Año					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Pre - trasplante HEPÁTICO	10	15	10	12	9	19
Trasplante HEPÁTICO	11	7	6	7	14	10
Radiocirugía CEREBRAL	7	19	21	17	23	34
Cirugía CARDÍACA de alta complejidad					3	3
Pre - trasplante PULMONAR					4	7
Trasplante PULMONAR					1	

I.5. Evaluación previa

En el año 2005 recibieron evaluación externa previa (segunda opinión médica) 13.864 pacientes. El 70% de los casos fueron considerados correctamente indicados y menos de un 4% recibieron la calificación de "no indicados"; en el 3.1% de las situaciones no se emitió una opinión por falta de información y el 22.8% fueron considerados postergables como se muestra en el cuadro 11.

Cuadro 11

Resultados de la evaluación

Evaluaciones realizadas en el año 2005: 13.864

Opinión del evaluador	Nº	%
Indicado	9739	70.3 %
No indicado	528	3.8 %
Postergable	3162	22.8 %
No es posible emitir opinión	435	3.1 %

I.6. Programas de control de factores de riesgo

Programa de Control del Tabaquismo

Los principales datos del programa de control de tabaquismo dirigido a pacientes que tuvieron algún procedimiento de revascularización coronaria con cobertura del FNR se presentan en el cuadro 12.

Cuadro 12

Programa Control del Tabaquismo

Pacientes con actos cardiológicos

Pacientes entrevistados entre 01/07/04 y el 30/06/05: 600

Situación en la entrevista inicial	Nº	%
Fuma	439	73.2 %
Abstinencia < 6 meses	161	26.8 %
Total	600	100 %

Situación a los 6 meses	Nº	%
Fuma	104	28.5 %
No fuma	261	71.5 %
Total	365	100 %

El cuadro 13 presenta cifras del programa de control de tabaquismo dirigido a población general. Han pasado 4371 pacientes por este programa ya sea directamente en el FNR o a través de convenios con diversas instituciones.

Cuadro 13

Programa Control del Tabaquismo

Programa abierto

Pacientes ingresados al programa hasta la fecha 4371

Radicación del programa	Nº	%
FNR	1178	27.0 %
Instituciones de salud públicas	781	17.9 %
Instituciones de salud privadas	1518	34.7 %
Otras instituciones	894	20.4 %
Total	4371	100 %

Programa de Salud Cardiovascular

El programa de control de factores de riesgo cardiovascular se presenta en el cuadro 14. Se han captado 958 pacientes cuyos niveles de permanencia en el programa aparecen discriminados para cada caso.

Cuadro 14

Programa de Control de Salud Cardiovascular

Pacientes en programa hasta la fecha: 958

Lugar de atención	Nº	% de adhesión
FNR	500	91.1
AMECOM	5	25.0
A.M. San José	29	38.5
CAAMEPA	21	0
CAMOC	12	11.1
CAMS Dolores	10	100

Lugar de atención	Nº	% de adhesión
CAMS Mercedes	32	100
CASMU	294	76.6
COMTA P. Toros	9	75.0
COMTA	28	8.3
IAC	12	100
A.M. Juan Lacaze	6	40.0

Programa de Salud Renal

En los cuadros 15 y 16 y en el gráfico 23 se muestran las principales cifras del programa de salud renal. Como se ha explicado este programa capta a pacientes con daño renal ya constituido e implementa acciones dirigidas a abatir el riesgo del ingreso a diálisis. Se detallan los lugares en los que el programa está funcionando con sus respectivos números. Ingresa un promedio de 30 pacientes mensuales al programa. La notable variación en los indicadores biológicos de la insuficiencia renal se muestra en los mismos registros.

Cuadro 15

Programa de Salud Renal

Pacientes registrados hasta el 28/04/2006: 707

Promedio de ingresos en sector gestionado por el FNR: 30 x mes

Grupos	Nº de pacientes	%
Mdeo Oeste (MSP)	521	73.7 %
Mdeo Este (MSP)	116	16.4 %
San José (MSP - Mutual)	32	4.6 %
Florida (MSP - Mutual)	19	2.7 %
Canelones (MSP - Mutual)	12	1.7 %
Paysandú (MSP)	6	0.8 %
Total	707	100 %

Cuadro 16

Programa de Salud Renal

Variación de la creatininemia			
Inicio:	1.83 mg/dl		
Evolución:	1.67 mg/dl	N°= 245 pac.	p= 0.000

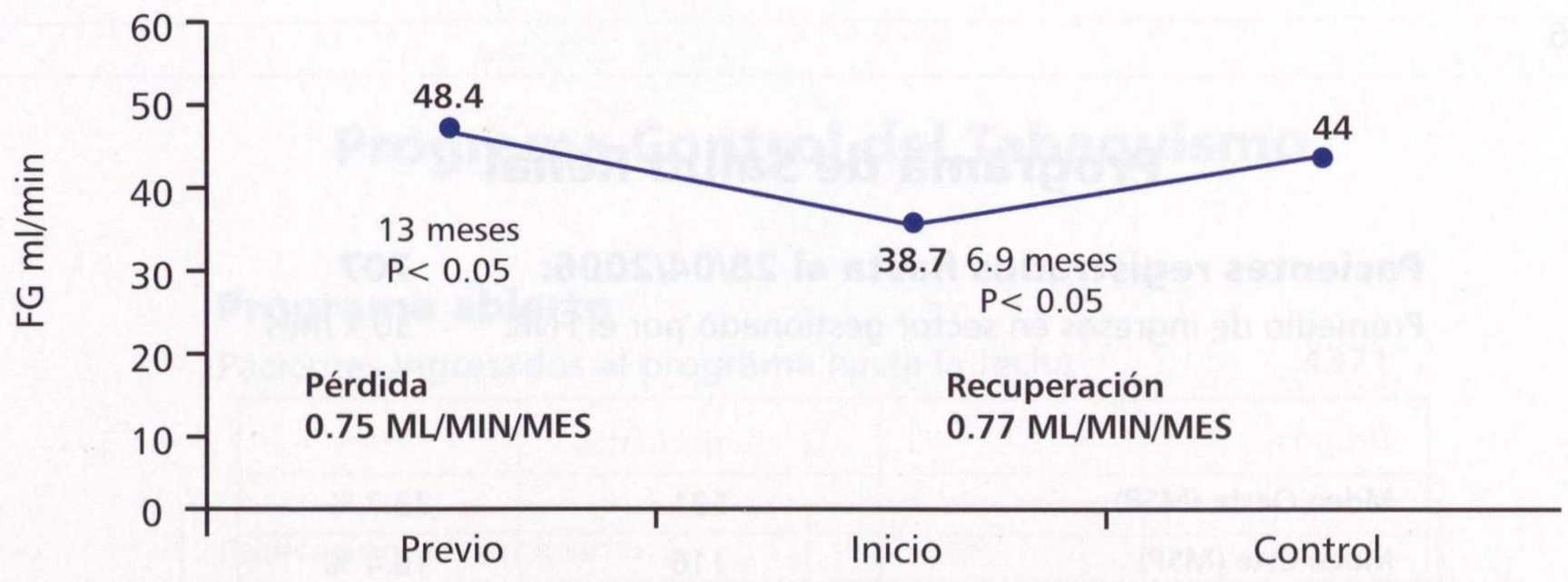
Variación del filtrado glomerular			
Inicio:	41.2 ml/min		
Evolución:	47 ml/min	N°= 245 pac.	p= 0.000

Proteinuria			
Inicio:	0.52 g/l		
Evolución:	0.31 g/l	N°= 133 pac.	p= 0.005

Gráfico 23

Programa de Salud Renal

Evolución del Filtrado Glomerular (n= 95)



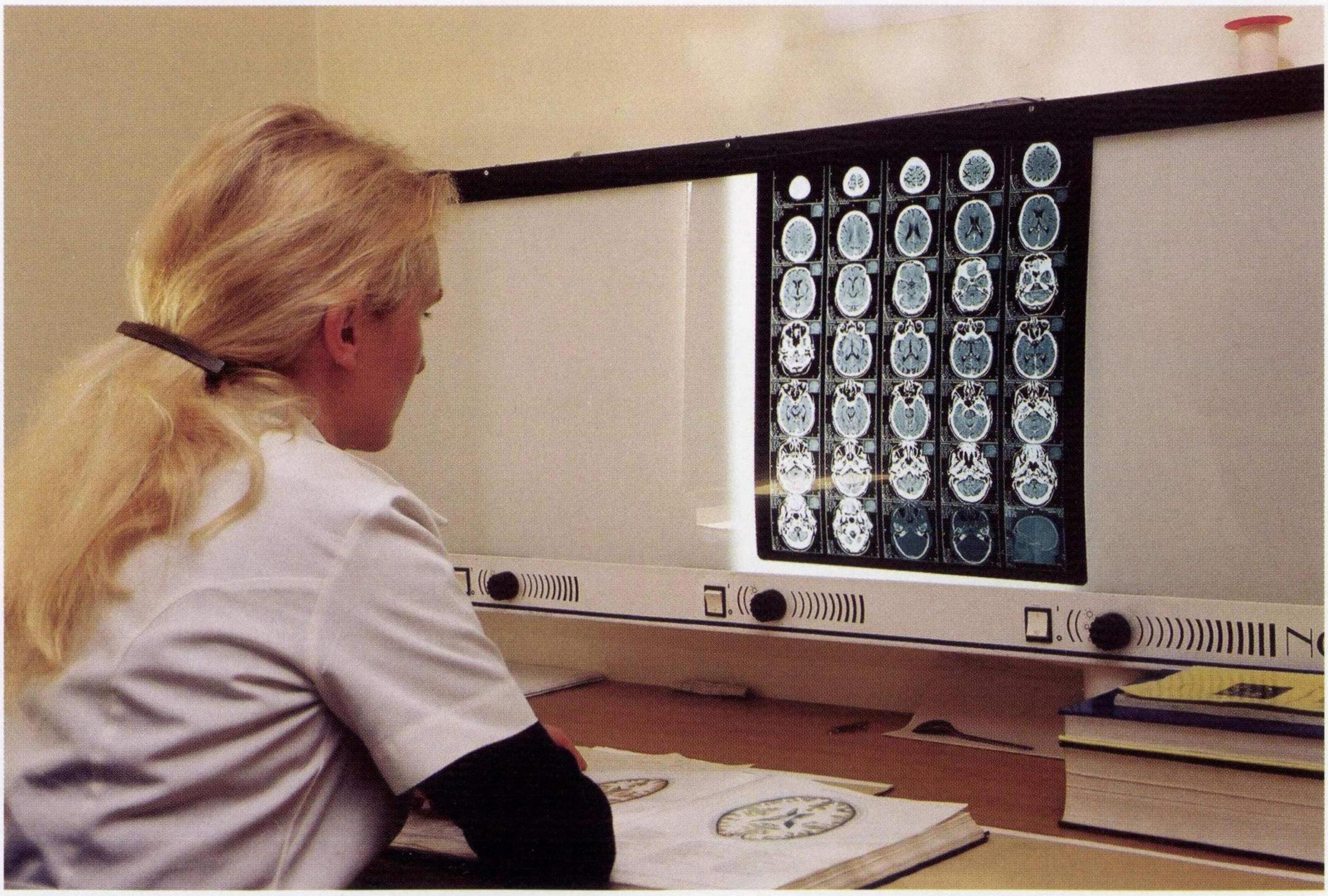
PROGRAMA DE VIGILANCIA DE COMPLICACIONES

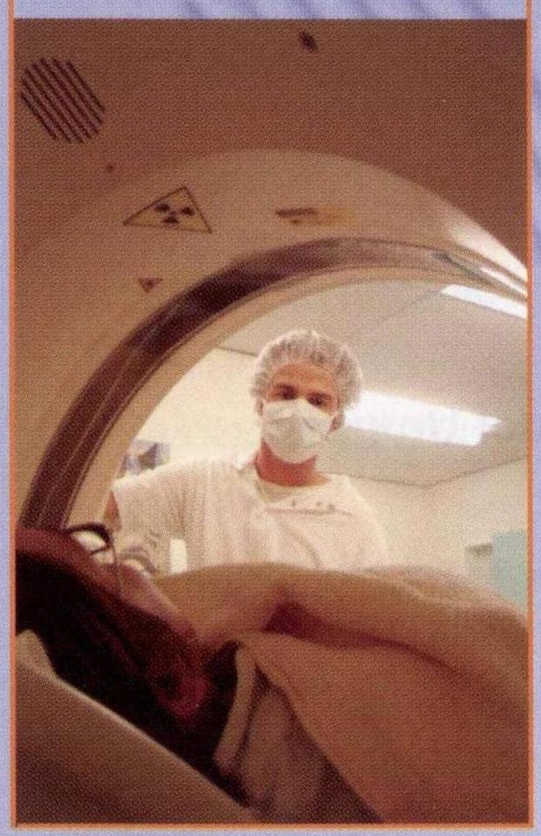
Se expone en el cuadro 17 el porcentaje de pacientes con complicaciones detectadas en las cuatro técnicas en las que se hace seguimiento continuo.

Cuadro 17

Programa de vigilancia de complicaciones

Programa	Derivados	Contactados	% con complicaciones
Artroplastia	2900	2068	7.9 %
Angioplastia	2701	703	6.8 %
Cirugía cardíaca	1948	802	3.4 %
Marcapasos	1656	152	2.6 %





Anexo 2
Institutos de Medicina Altamente Especializada

Cardiología

Hospital de Clínicas

* *Cirugía Cardíaca*
* *Hemodinamia*
* *Angioplastia*
* *Marcapasos*
* *Cardiodesfibrilador*

Dirección: Av. Italia s/n - *Montevideo*
Teléfono: (02) 487 8183
Fax: (02) 487 5201
Mail: hcdirecc@hc.edu.uy

Sanidad de las Fuerzas Armadas

* *Marcapasos*

Dirección: Av. 8 de Octubre 3020 - *Montevideo*
Teléfono: (02) 487 6666 int. 9185
Fax: (02) 487 2612
Mail: directortechc@dnsffaa.gub.uy

Asoc. Española Primera de Soc.Mutuos

* *Cirugía Cardíaca*
* *Hemodinamia*
* *Angioplastia*
* *Marcapasos*
* *Cardiodesfibrilador*

Dirección: Ana M. de Lavalleja 2266 - *Montevideo*
Teléfono: 1920 int. 7100 / 7109
Fax: 1920 int. 7199
Mail: gerencia@aesp.com.uy

Casa de Galicia

* *Cirugía Cardíaca*
* *Hemodinamia*
* *Angioplastia*
* *Marcapasos*
* *Trasplante Cardíaco*

Dirección: Av. Millán 4480 - *Montevideo*
Teléfono: (02) 354 2098
Fax: (02) 354 2098 int. 208
Mail: gerenciacgalicia@adinet.com.uy

C.A.S.M.U.
Centro Asistencial
del Sindicato Médico del Uruguay

* *Cardiodesfibrilador*

Dirección: Av. 8 de Octubre 3310 - *Montevideo*
Teléfono: (02) 487 5333 int. 2505
Fax: (02) 487 5333
Mail: pfernan@netgate.com.uy

Centro Cardiovascular de Montevideo

* *Marcapasos*
* *Cardiodesfibrilador*

Dirección: Av. 8 de Octubre 2492 - *Montevideo*
Teléfono: (02) 487 0525 int. 170
Fax: (02) 711 7080
Mail: gefernandezp@hotmail.com

CO.ME.PA
Corporación Médica de Paysandú

* *Marcapasos*

Dirección: Colón 1277 - *Paysandú*
Teléfono: (072) 24 226
Fax: (072) 26 983
Mail: comepa@femi.com.uy

CRAME – Sanatorio Mautone

* *Marcapasos*

Dirección: Av. Roosevelt y Honduras - *Maldonado*
Teléfono: (042) 22 4474
Fax: (042) 22 8558
Mail: sem-mautone@sem-mautone.com.uy

Hospital Británico en el Uruguay

* *Marcapasos*

Dirección: Av. Italia 2420 - *Montevideo*
Teléfono: (02) 487 1020 int. 344
Fax: (02) 487 4080
Mail: cardiologia@hospitalbritanico.org.uy

Hospital Evangélico

* *Marcapasos*
* *Cardiodesfibrilador*

Dirección: Br. Batlle y Ordóñez 2752 - *Montevideo*
Teléfono: (02) 481 3148 / (02) 487 2319
Fax: (02) 487 2319
Mail: direcciontecnica@hospitalevangelico.com

Hospital Italiano Umberto 1°

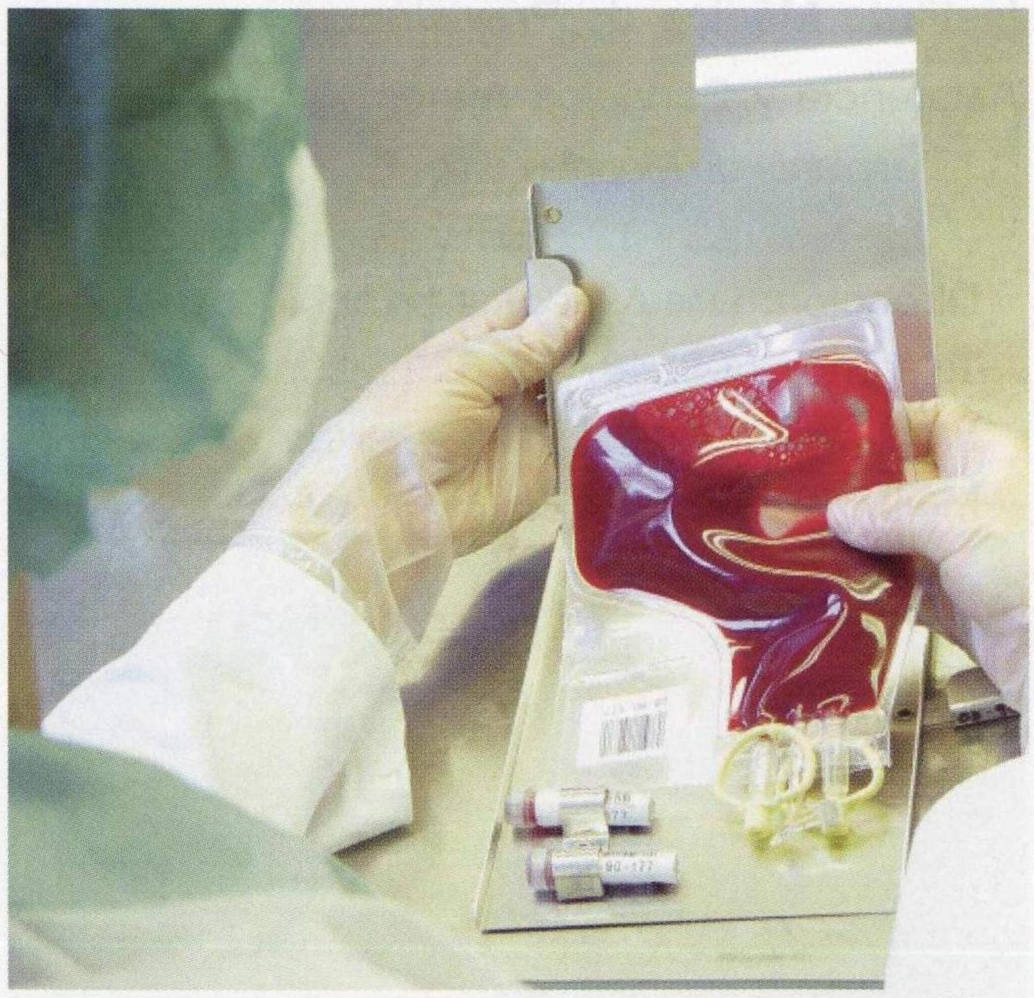
* *Marcapasos*

Dirección: Bvr. Artigas 1632 - *Montevideo*
Teléfono: (02) 487 0717
Fax: (02) 487 0717
Mail: oitaliano@adinet.com.uy

Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca

* *Cirugía Cardíaca*
* *Hemodinamia*
* *Angioplastia*
* *Marcapasos*

Dirección: Dr. Pablo Purriel 3120 - *Montevideo*
Teléfono: (02) 487 0818
Fax: (02) 481 1666
Mail: incc@netgate.com.uy



Instituto de Cardiología Infantil

* *Hemodinamia Adultos*
* *Hemodinamia Niños*
* *Marcapasos*
* *Trasplante Cardíaco*

Dirección: Av. 8 de Octubre 2519 bis - *Montevideo*
Teléfono: (02) 487 5767 / (02) 487 0416
Fax: (02) 487 5767 int. 16
Mail: icardinf@adinet.com.uy

Sanatorio Americano

* *Hemodinamia Adultos*
* *Hemodinamia Niños*
* *Angioplastia Adultos*
* *Angioplastia Niños*
* *Cirugía Cardíaca Adultos*
* *Cirugía Cardíaca Niños*
* *Cardiodesfibrilador*
* *Marcapasos*
* *Trasplante Cardíaco*

Dirección: Isabelino Bosch 2466 - *Montevideo*
Teléfono: (02) 708 6041 / (02) 707 1892
Fax: (02) 709 4231
Mail: secretaria@americano.com.uy

Sanatorio Uruguay

* *Marcapasos*

Dirección: Uruguay 663 - *Salto*
Teléfono: (0733) 3508
Fax: (0733) 8910
Mail: azulas@adinet.com.uy

Grandes Quemados

Centro Nacional de Quemados

Hospital de Clínicas

Dirección: Av. Italia s/n piso 12 - *Montevideo*
Teléfono: (02) 487 2020
Fax: (02) 487 5629
Mail: cenaque@cenaque.org.uy

Unidad de Quemados

Hospital Pereira Rossell

Dirección: Br. Artigas 1550 piso 5 - *Montevideo*
Teléfono: (02) 708 7884
Fax: (02) 708 7884
Mail: uniquer@adinet.com.uy

Asociación Española

Primera de Socorros Mutuos

Dirección: Br. Artigas 1465 - *Montevideo*
Teléfono: 1920 int. 4160 / 6300
Fax: (02) 409 0962
Mail: gerencia@aesp.com.uy



Hemato-Oncología

Hospital Maciel

** Trasplante de Médula Ósea*

Dirección: 25 de Mayo 174 - *Montevideo*
Teléfono: (02) 915 3000 int. 1403
Fax: (02) 915 3000 int. 1403
Mail: hematologiamaciel@adinet.com.uy

Asociación Española Primera de Socorros Mutuos

** Trasplante de Médula Ósea*

Dirección: Br. Artigas 1465 - *Montevideo*
Teléfono: 1920 int. 7100 / 7109
Fax: 1920 int. 7109
Mail: gerencia@aesp.com.uy

Hospital Británico

** Trasplante de Médula Ósea*

Dirección: Avda. Italia 2420 - *Montevideo*
Teléfono: (02) 487 1020 int. 273
Fax: (02) 487 4080
Mail: contaduría@hospitalbritanico.org.uy

I.M.P.A.S.A

Instituto Médico de Previsión, Asistencia y Servicios Afines

** Trasplante de Médula Ósea*

Dirección: Luis A. de Herrera 2275 - *Montevideo*
Teléfono: (02) 487 8236
Fax: (02) 487 9108
Mail: ctmo@impasa.com.uy

Nefrología

Hospital de Clínicas

** Hemodiálisis*

** Trasplante Renal*

Dirección: Av. Italia s/n - *Montevideo*
Teléfono: (02) 480 9850
Fax: (02) 480 9850
Mail: hcdirecc@hc.edu.uy

Hospital Maciel

** Hemodiálisis*

** D.P.C.A.*

Dirección: 25 de Mayo 174 - *Montevideo*
Teléfono: (02) 915 3000 int. 1214
Fax: (02) 915 3000 int. 1106
Mail: macidial@adinet.com.uy

Asociación Española Primera de Socorros Mutuos

** Hemodiálisis*

Dirección: José E. Rodó 1986 - *Montevideo*
Teléfono: (02) 401 0378 / (02) 409 7895
Fax: (02) 409 7895
Mail: dialisis@asesp.com.uy

Asociación Médica de San José

** Hemodiálisis*

Dirección: Treinta y Tres 621 - *San José*
Teléfono: (0342) 29 51
Fax: (0342) 22 70
Mail: dialisis@amsj.com.uy



C.A.M.E.C. – Rosario Cooperativa Asistencial Médica del Este de Colonia

** Hemodiálisis*

Dirección: Cerrito esquina Ituzaingó - *Rosario*
Teléfono: (0552) 2964 int. 154
Fax: (0552) 2694
Mail: dialisiscamec@femi.com.uy

C.A.M.O.C. – Carmelo Cooperativa Asistencial Médica del Oeste de Colonia

** Hemodiálisis*

Dirección: Gral. Flores 325 - *Carmelo*
Teléfono: (0542) 2245 int. 146
Fax: (0542) 5043
Mail: camoc@femi.com.uy

C.A.N.I.MEL. Centro de Asistencia Nefrológica Integral de Melo

** Hemodiálisis*

Dirección: 18 de Julio 377 - *Melo*
Teléfono: (0642) 1444
Fax: (0642) 1444
Mail: canimel@adinet.com.uy

C.A.N.M.U. Centro de Asistencia Nefrológica Médica Uruguaya

** Hemodiálisis*

Dirección: Av. 8 de Octubre 2492 - *Montevideo*
Teléfono: (02) 487 0525 int. 101/132
Fax: (02) 487 5694
Mail: dialisis@medicauruguaya.com.uy

Nefrología

Casa de Galicia

** Hemodiálisis*

Dirección: Av. Millán 4480 - *Montevideo*
Teléfono: (02) 358 1234
Fax: (02) 358 1234
Mail: dialisisgalicia@hotmail.com

C.A.S.M.U.

Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay

** Hemodiálisis*
** D.P.C.A.*

Dirección: Av. 8 de Octubre 3310 - *Montevideo*
Teléfono: (02) 487 5333 int. 2372
Fax: (02) 487 5333 int. 2513
Mail: canefro@casmu.com

CE.DI.N.A.

Centro de Diálisis del Niño y Adolescente

** Hemodiálisis*
** D.P.C.A.*

Dirección: Estero Bellaco 2588 - *Montevideo*
Teléfono: (02) 487 1862
Fax: (02) 480 1804
Mail: cedina@adinet.com.uy

Cooperativa Médica de Asistencia de Soriano - CENDIME

** Hemodiálisis*

Dirección: Braceras 174 - *Soriano*
Teléfono: (0532) 2770
Fax: (0532) 3835
Mail: cendime@adinet.com.uy

CE.NE.PA.

Centro Nefrológico de Pando

** Hemodiálisis*

Dirección: Sarandí 815 - *Pando*
Teléfono: (02) 292 5011
Fax: (02) 292 6406
Mail: cenepa79@adinet.com.uy

C.A.ME.DUR. - CENICA

Cooperativa de Asistencia Médica de Durazno

** Hemodiálisis*

Dirección: Av. 18 de Julio 717 - *Durazno*
Teléfono: (0362) 0947
Fax: (0362) 0947
Mail: cenica@camedur.com.uy

C.E.T.E.R.

Centro de Estudios y Tratamiento de Enfermos Renales

** Hemodiálisis*

Dirección: Joaquín de Viana s/n - *Maldonado*
Teléfono: (042) 22 6524
Fax: (042) 23 6192
Mail: ceter74@chasque.net

Cooperativa Médica de Canelones SENECC

** Hemodiálisis*

Dirección: José B. y Ordóñez 136 p.2 - *Canelones*
Teléfono: (0332) 56 92
Fax: (0332) 57 09
Mail: senecc@adinet.com.uy



CO.ME.F
Cooperativa Médica de Florida
** Hemodiálisis*

Dirección: Calleros 566 - *Florida*
Teléfono: (0352) 40 41
Fax: (0352) 91 05
Mail: comefhem@adinet.com.uy

CO.ME.PA
Cooperativa Médica de Paysandú
** Hemodiálisis*

Dirección: Florida 925 - *Paysandú*
Teléfono: (0722) 20 95
Fax: (0722) 20 95
Mail: comepa@femi.com.uy

CO.ME.RO
Cooperativa Médica de Rocha
** Hemodiálisis*

Dirección: Gral. Artigas 254 - *Rocha*
Teléfono: (0472) 34 03
Fax: (0472) 34 03
Mail: dialisis@adinet.com.uy

Cooperativa Regional de Asistencia Médica Integral
Unidad de Nefrología y Diálisis
** Hemodiálisis*

Dirección: Massini s/n – *Las Piedras*
Teléfono: (02) 364 7171 / (02) 364 1155
Fax: (02) 364 7171
Mail: unedi@montevideo.com.uy

C.R.A.N.I. - Costa de Oro
Centro Regional de Asistencia Nefrológica Integral
** Hemodiálisis*

Dirección: Av. Del Country M. 28 S. 15 - *Lagomar*
Teléfono: (02) 682 4123
Fax: (02) 682 4123
Mail: cranilagomar@adinet.com.uy

C.R.A.N.I. - Minas
Centro Regional de Asistencia Nefrológica Integral
** Hemodiálisis*

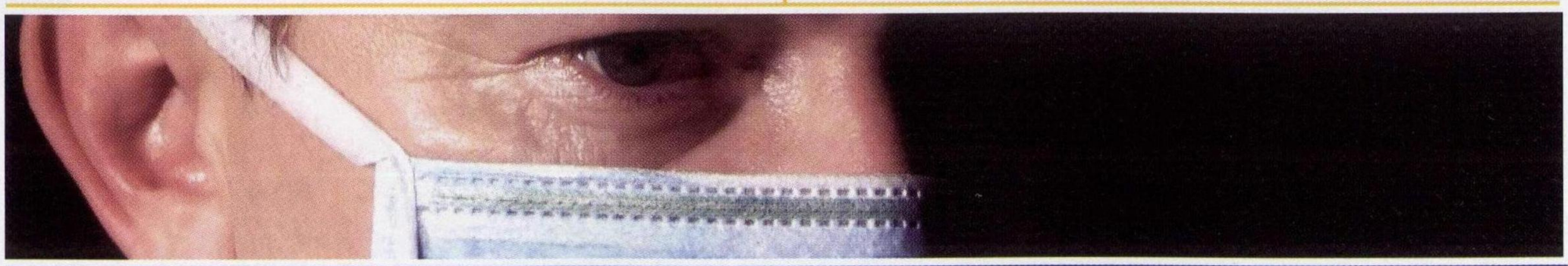
Dirección: W. Beltrán 811 - *Minas*
Teléfono: (0442) 5151
Fax: (0442) 5151
Mail: craniminas@adinet.com.uy

C.R.A.N.I. – Treinta y Tres
Centro Regional de Asistencia Nefrológica Integral
** Hemodiálisis*

Dirección: M. Lavalleja 968 – *Treinta y Tres*
Teléfono: (0452) 35 75
Fax: (0452) 35 75
Mail: crani33@adinet.com.uy

GRE.MED.A.
Gremial Médica Artiguense
** Hemodiálisis*

Dirección: A. Ferreira Ramos 532 - *Artigas*
Teléfono: (0772) 50 12
Fax: (0772) 50 32
Mail: gremdial@femi.com.uy



Hospital Británico en el Uruguay

** Hemodiálisis*

Dirección: Av. Italia 2420 - *Montevideo*
Teléfono: (02) 487 1020 int. 268
Fax: (02) 487 4080
Mail: gestionasistencial@hospitalbritanico.org.uy

Hospital Evangélico

** Hemodiálisis*
** D.P.C.A.*
** Trasplante Renal*

Dirección: Br. Batlle y Ordóñez 2752 - *Montevideo*
Teléfono: (02) 481 3148 / (02) 487 2319
Fax: (02) 487 2333
Mail: nefrohe@adinet.com.uy

Hospital Italiano Umberto 1°

** Hemodiálisis*

Dirección: Br. Artigas 1632 - *Montevideo*
Teléfono: (02) 480 7754 / (02) 487 0717
Fax: (02) 487 0717 int. 105
Mail: oitaliano@adinet.com.uy

I.M.P.A.S.A
Instituto Médico de Previsión, Asistencia y Servicios Afines

** Hemodiálisis*

Dirección: Luis A. de Herrera 2275 - *Montevideo*
Teléfono: (02) 487 1016 int. 5241
Fax: (02) 487 0811
Mail: nefrologia@impasa.com.uy

IN.T.I.R.
Instituto de Tratamiento de la Insuficiencia Renal

** Hemodiálisis*

Dirección: Dr. Mario Cassinoni 1643 - *Montevideo*
Teléfono: (02) 400 3461
Fax: (02) 400 3461
Mail: intir@montevideo.com.uy

I.N.U.
Instituto de Nefrología y Urología

** Hemodiálisis*
** Trasplante Renal*

Dirección: Jaime Cibils 2824 bis - *Montevideo*
Teléfono: (02) 487 9183 / (02) 480 8256
Fax: (02) 487 1114
Mail: inu@adinet.com.uy
trasplanteinu@adinet.com.uy

NEPHROS

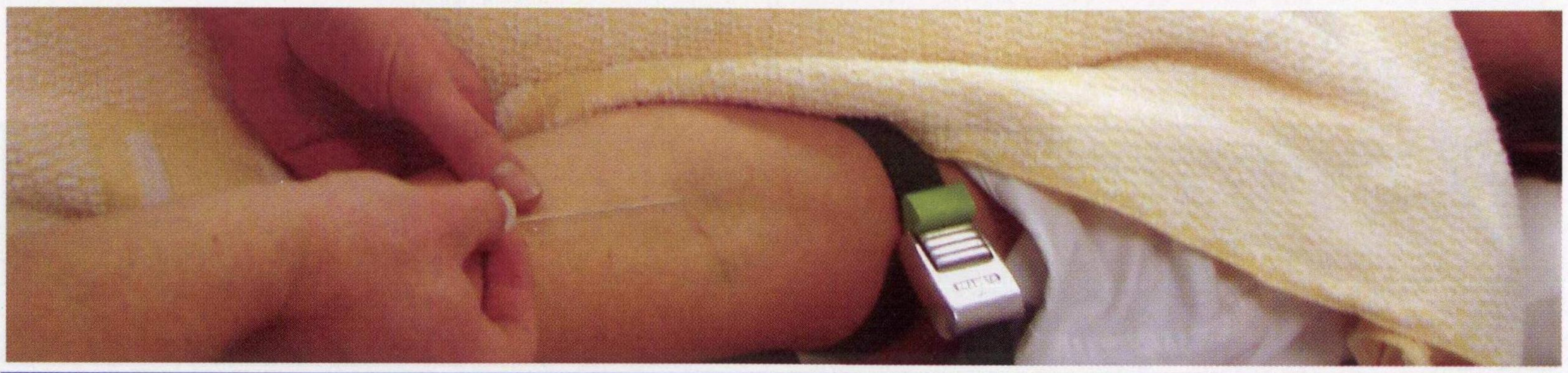
** Hemodiálisis*

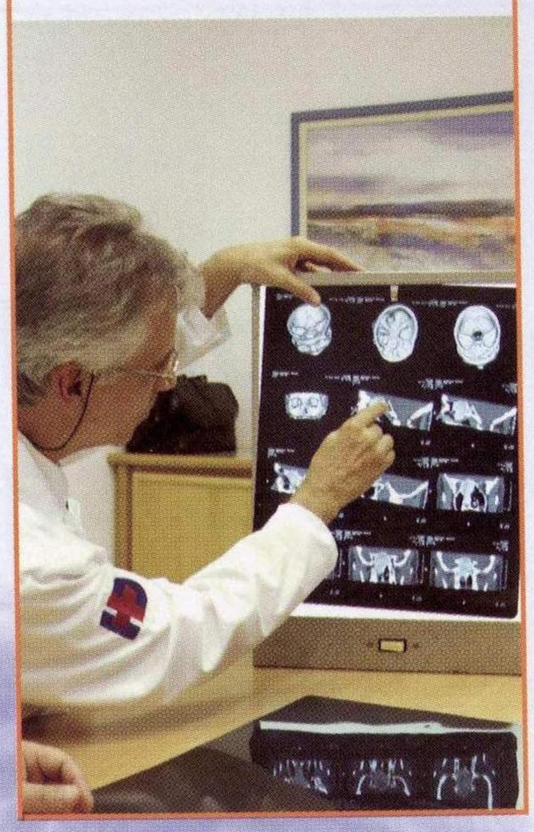
Dirección: 20 de Setiembre 1538 - *Montevideo*
Teléfono: (02) 707 9375
Fax: (02) 707 9375
Mail: nephros2003@hotmail.com

RENIS

** Hemodiálisis*

Dirección: Dr. Mario Cassinoni 1681 - *Montevideo*
Teléfono: (02) 401 5415
Fax: (02) 409 8232
Mail: renis@adinet.com.uy





Segunda Parte

Texto Ordenado de las Disposiciones
que regulan al Fondo Nacional de Recursos

Metodología utilizada para elaborar el texto ordenado

1) Normas incorporadas

Las fuentes legales a las que se recurrió fueron: *Ley Nº 16.343* de 24 de diciembre de 1992; *Nº 16.405* de 17 de agosto de 1993; *Nº 16.736* de 5 de enero de 1996; *Nº 17.296* de 10 de septiembre de 1999; *Nº 17.296* de 21 de febrero de 2001; *Nº 17.556* de 18 de septiembre de 2002; *Nº 17.930* de 19 de diciembre de 2005; *Nº 17.309* de 30 de marzo de 2001 y el Texto Ordenado de Contabilidad y Administración Financiera de 10 de junio de 1997.

Asimismo, se incluye un conjunto de decretos: *Nº 348/993* de 3 de agosto de 1993; *Nº 349/999* de 5 de noviembre de 1999; *Nº 384/001* de 2 de octubre de 2001; *Nº 30/003* de 23 de enero de2003; *Nº 101/003* de 13 de marzo de 2003; *Nº 385/0005* de 23 de setiembre de 2003; *Nº 527/005* de 19 de diciembre de 2005.

2) Referencia de los artículos

* La fuente de la cual fue extraído el mismo, citada siguiendo el orden de mencionar primero las leyes y después los decretos.

* El tipo de texto de que se trata agrupándolo, si el mismo ha sufrido alguna modificación respecto de la/s norma/s original/es que el sirve/n de fuente, en las siguientes categorías:

- *Texto ajustado:* Cuando existe un cambio de redacción del mismo, aún cuando ella sea mínima.

- *Texto integrado:* Cuando el mismo se ha nutrido de más de una fuente.

- *Texto parcial:* Cuando tiene por fuente parte de un artículo o inciso.

3) Denominación de los artículos

A cada artículo se le ha determinado un "nomen juris" con el objetivo de facilitar la determinación de su contenido. Si la norma original no lo tenía se ha introducido uno adecuado al contenido de la disposición específica. Si ya lo poseía, se mantiene el de la norma correspondiente.

4) Criterios de ordenamiento

La normativa recopilada fue ordenada siguiendo un criterio temático, agrupando presentando correlativamente todos los artículos que dicen relación con un mismo tema, aunque los mismos puedan provenir de diversas fuentes jurídicas sucesivas.

Capítulo I y II

Capítulo I
IMAE Públicos y Privados

Artículo 1º. (IMAE Públicos). Facúltase al Poder Ejecutivo para instalar y poner en funcionamiento institutos de medicina altamente especializada destinados al diagnóstico y tratamiento de las afecciones que los requieran, los que estarán subordinados al Ministerio de Salud Pública.

Fuente: Ley Nº 16.343 de 24/12/992, art. 1º.
Decreto Nº 358/993 de 5/8/993, art. 1º.
Texto integrado, ajustado y parcial.

Artículo 2º. (IMAE Privados). Las Instituciones privadas que cuenten con servicios de medicina altamente especializada, existentes a la fecha de vigencia de la *ley Nº 16.343*, o que se crearen en el futuro, podrán desarrollar libremente dicha actividad o brindarla a través del Fondo Nacional de Recursos, en las condiciones establecidas por la *ley Nº 16.343* de 24 de diciembre de 1992 y por sus decretos reglamentarios.

Las Instituciones privadas deberán, a requerimiento del Fondo Nacional de Recursos, por razones fundadas, prestar la asistencia necesaria, la que será retribuida de acuerdo con lo establecido en el *artículo 16º* de este Texto.

Las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva definidas en el *artículo 6º del decreto-ley Nº 15.181*, de 21 de agosto de 1981, deberán asegurar la cobertura de la totalidad de sus afiliados con relación a las afecciones y técnicas incluidas en el Fondo Nacional de Recursos, a través de los mecanismos previstos en la *ley Nº 16.343*.

Fuente: *Ley Nº 16.343 de 24/12/992, art. 2º.*
Decreto Nº 358/993 de 5/8/993, arts. 2º, 3º y 11º.
Texto integrado y ajustado.

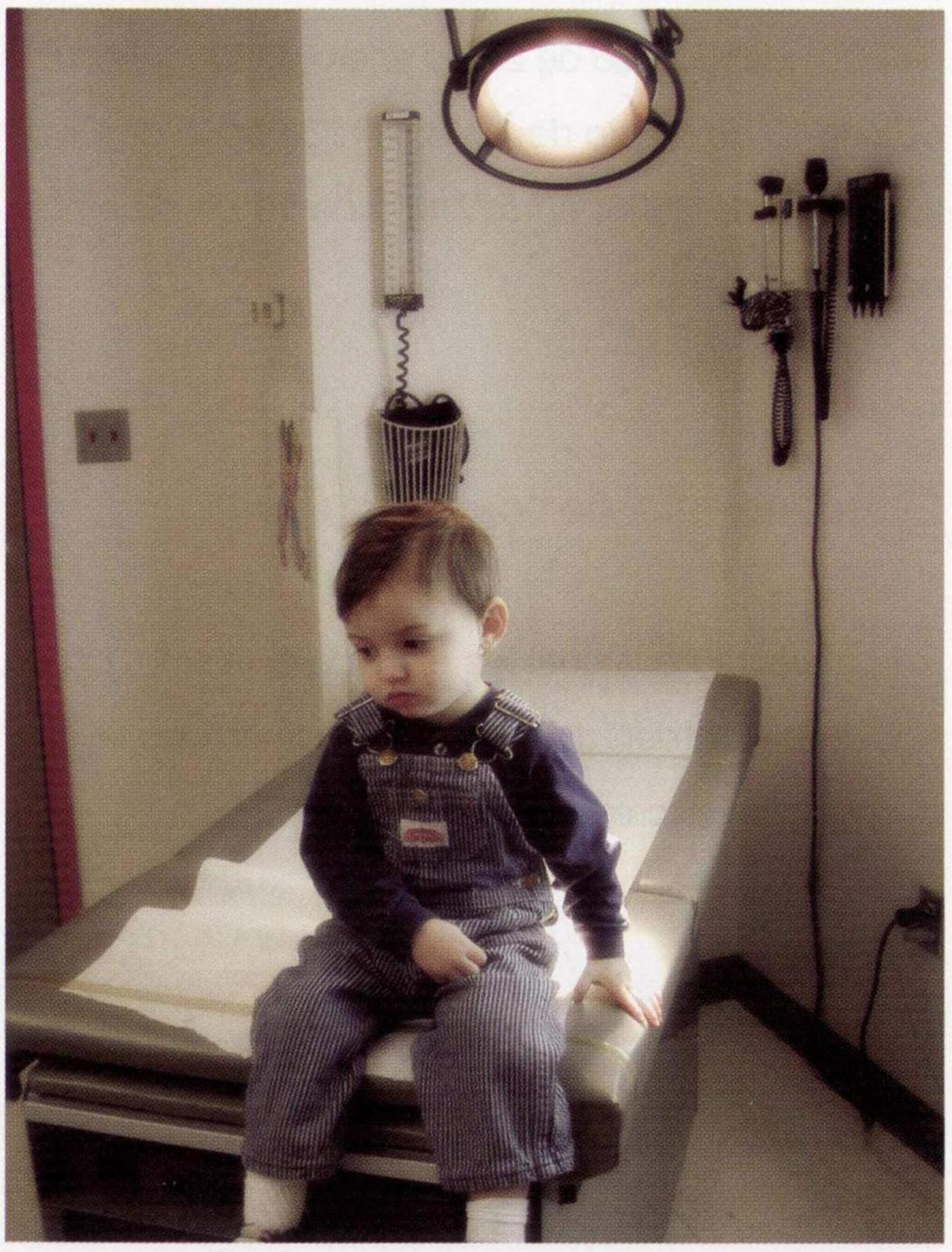
Capítulo II
Definciones

Artículo 3º. (Definición de IMAE). Se entiende por «Institutos de Medicina Altamente Especializada» aquellos organismos que cumplan acciones de atención médica para el diagnóstico y tratamiento de afecciones cuya complejidad y costo requieran ser tratados mediante actos de medicina altamente especializada.

Fuente: *Decreto Nº 358/993 de 5/8/993, art. 4º.*

Artículo 4º. (Definición de Medicina Altamente Especializada). 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».

Fuente: *Decreto Nº 358/993 de 5/8/993, art.5º.*



Capítulo III
Creación e integración del sistema

Artículo 5º. (Creación e integración del FNR). A los efectos de la *ley Nº 16.343*, créase un Fondo Nacional de Recursos que se integrará de la siguiente manera:

A) El aporte del Estado para cubrir la atención de los habitantes poseedores del correspondiente carné de asistencia otorgado por el Ministerio de Salud Pública.

El aporte del Estado será regulado a opción del Poder Ejecutivo, sea por la cantidad de beneficiarios cuya asistencia médica fuera otorgada por el Ministerio de Salud Pública o por el costo de los actos médicos efectivamente realizados.

B) El aporte del Estado, de los Entes Autónomos, de los Servicios Descentralizados y de las Administraciones Departamentales para cubrir la atención de aquellas personas cuya asistencia médica esté directamente a su cargo.

La Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Dirección Nacional de Sanidad Policial podrán optar por aportar el costo de los actos médicos efectivamente realizados o por la situación actual.

C) El aporte de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva para cubrir la atención de sus afiliados.

D) El aporte por afiliación directa de todas aquellas personas que deseen contratar un seguro de atención médica para estas prestaciones.

E) El producido del gravamen de un 5% (cinco por ciento) sobre los premios a abonar a consecuencia de los aciertos producidos en el juego denominado «Cinco de Oro», sobre los denominados "pozo de oro" y "pozo de plata".

F) El aporte de los Seguros Parciales que brinden cobertura médica y quirúrgica para cubrir la atención de sus afiliados.

Las personas que demanden asistencia al Fondo Nacional de Recursos provenientes del sector público gozarán de idéntica cobertura que las provenientes del sector privado.

Los aportes referidos en los literales A), B), C) y F) serán mensuales, consecutivos y directamente proporcionales a la cantidad de beneficiarios cuya asistencia médica sea responsabilidad de cada uno de los sectores o instituciones mencionados, con independencia del número de actos médicos realizados.

La Comisión Honoraria Administradora fijará el monto y forma de actualización de los mismos.

Es aplicable a los efectos de su versión al Fondo Nacional de Recursos por las entidades mencionadas en los literales A), B), C) y F) de este artículo, el régimen de recargos e intereses establecido en el Código Tributario, sin perjuicio de lo cual, en los casos pertinentes, los adeudos por ese concepto serán compensables con los pagos que deba realizarles el Banco de Previsión Social en aplicación del *decreto-ley Nº 14.407*, de 22 de julio de 1975, y normas complementarias, por el procedimiento que determinará la reglamentación. El mismo régimen de recargos e intereses se aplicará en caso de atraso en los pagos a los Institutos de Medicina Altamente Especializada por parte del Fondo Nacional de Recursos.

El patrimonio que compone el Fondo Nacional de Recursos estará destinado exclusivamente a los fines previstos por la *ley Nº 16.343* de 24 de diciembre de 1992.

Los fondos serán depositados en Bancos Oficiales en cuentas especiales y se girará contra las mismas con la firma de dos de los integrantes de la Comisión Honoraria Administradora, uno de los cuales será el Presidente de la referida Comisión.

El Ministerio de Economía y Finanzas, los Entes Autónomos, los Servicios Descentralizados y las Administraciones Departamentales, cuando correspondiere, verterán mensualmente el importe establecido en los literales A), B) y E) de este artículo, en dichas cuentas especiales.

Facultase al Poder Ejecutivo para establecer los sistemas de percepción de los aportes determinados para las instituciones de asistencia médica colectiva definidas en el *artículo 6º del Decreto-Ley Nº 15.181*, de 21 de agosto de 1981, de modo de asegurar el debido y oportuno cumplimiento, por parte de las entidades referidas.

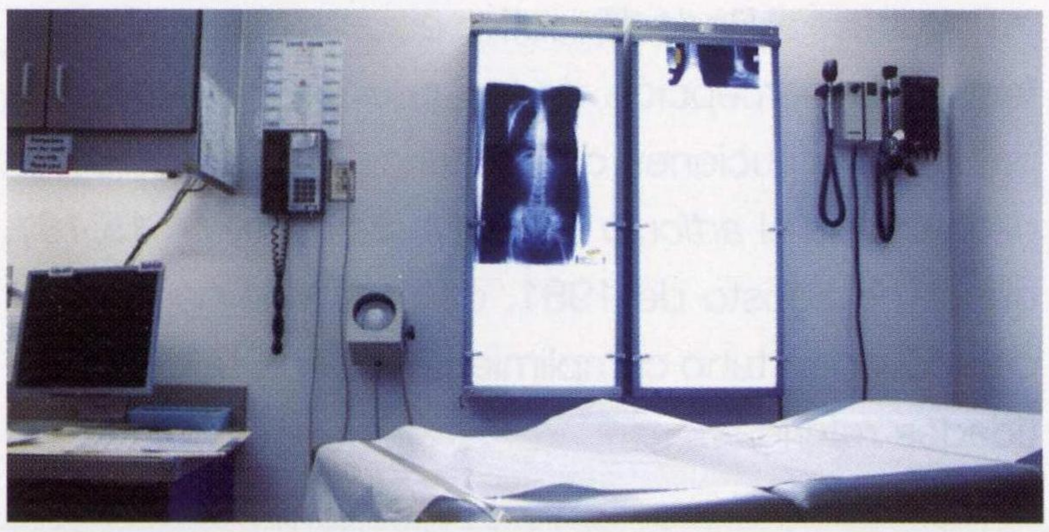
Fuente: *Ley Nº 16.343 de 24/12/992, art. 3º.*
Ley Nº 16.405 de 17/8/993, art. único.
Ley Nº 16.736 de 5/1/996, arts. 408 y 409.
Ley Nº 17.296 de 21/2/001, art. 366.
Ley Nº 17.556 de 18/9/002, arts. 136 y 137.
Decreto Nº 358/993 de 5/8/993, arts. 11º, 13º, 14º, 15º y 18º.
Texto integrado y ajustado.

Artículo 6º. (Límite a cesiones de créditos de las IAMC). Las instituciones de asistencia médica colectiva sólo podrán ceder, de los créditos que posean respecto del Banco de Previsión Social, aquellas sumas que superen las correspondientes a los aportes que, de acuerdo con lo preceptuado por el literal C) del *artículo 5º* de este Texto, se encuentran obligadas a efectuar al Fondo Nacional de Recursos. El Poder Ejecutivo reglamentará la aplicación del presente artículo.

Fuente: *Ley Nº 17.556 de 18/9/002, art. 138.*

Artículo 7º. (Plazo para verter aportes). Las entidades mencionadas en los literales A), B), C) y F) del artículo 5º de este Texto, deberán efectuar su versión al Fondo Nacional de Recursos dentro de los 10 (diez) días siguientes al mes de generada la obligación. Vencido dicho plazo, será de aplicación el régimen de intereses y recargos preceptuado por dicho artículo. En los casos pertinentes los adeudos serán compensables con los pagos que deba realizarles el Banco de Previsión Social en aplicación de decreto *ley Nº 14.407* de 22 de julio de 1975 y normas complementarias.

Fuente: *Decreto Nº 358/993 de 5/8/993, art. 16º.*
Texto ajustado.



Capítulo IV
Naturaleza jurídica. Integración de la Cha.

Artículo 8º. (Naturaleza del FNR. Integración de su CHA). El Fondo Nacional de Recursos tendrá el carácter de persona pública no estatal y será administrado por una Comisión Honoraria Administradora. Esta Comisión estará integrada por:

A) Tres representantes del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales será el Ministro de Salud Pública o quien lo represente.

B) El Ministro de Economía y Finanzas o quien lo represente.

C) Tres representantes de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva o Asociaciones de Segundo Grado integradas por las mismas.

D) Un representante de los Institutos de Medicina Altamente Especializada.

E) Un representante del Banco de Previsión Social.

Los representantes de las entidades no estatales serán designados directamente por las mismas.

La reglamentación deberá contemplar la representatividad derivada del número de afiliados de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

Los miembros de la Comisión Honoraria Administradora durarán en sus cargos durante un período de dos años, pudiendo ser reelectos. En cualquier momento podrán ser relevados por las instituciones u organismos que representan, en cuyo caso el alterno completará el período respectivo.

La Comisión Honoraria Administradora será presidida por el Ministro de Salud Pública o quien lo represente.

En todos los casos se designará un titular y un alterno. Este sustituirá al titular en caso de licencia o vacancia.

Fuente: *Ley Nº 16.343 de 24/12/992, art. 4º.*
Decreto Nº 358/993 de 5/8/993, art. 21º.
Texto integrado y ajustado.

Artículo 9º. (Representantes de las IAMC en la CHA. Designación). Los representantes de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y sus respec-

tivos alternos serán designados por aquellas Instituciones de Asistencia Médica Colectiva que, individualmente consideradas o integrando Asociaciones de Segundo Grado, tengan la representación mayoritaria de la población afiliada de acuerdo a los datos aportados al Sistema Nacional de Información (SINADI) del Ministerio de Salud Pública, de acuerdo a la convocatoria que a tales efectos realizará el Fondo Nacional de Recursos.

Fuente: *Decreto Nº 358/993 de 5/8/993, art. 22º,* con la modificación introducida por el art. *1º del Decreto Nº 527/005*, de 19/12/05.

Texto integrado.

Artículo 10º. (Procedimiento en caso de propuestas superiores al número de cargos). En caso que las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y las Asociaciones de Segundo Grado planteen la designación de un número de representantes que exceda el de los tres miembros fijados legalmente, el Fondo Nacional de Recursos solicitará al SINADI la información sobre población afiliada representada por cada una de las entidades proponentes. La misma deberá ser proporcionada dentro del término perentorio de cinco días hábiles de recibida la solicitud. Recibida dicha información por el Fondo Nacional de Recursos, quedarán automáticamente designados de entre los propuestos, aquellos representantes que cumplan con el requisito legal de mayor representatividad, de acuerdo con el caudal de afiliados. El Fondo Nacional de Recursos notificará de tal extremo a las entidades proponentes.

Fuente: *Decreto Nº 527/005*, de 19/12/05, *art. 2º.*

Artículo 11º. (Representantes de los IMAE en la CHA. Elección). El representante de los Institutos de Medicina Altamente Especializada y su respectivo alterno serán designados por dichos Institutos. Cada especialidad cubierta financieramente por Fondo Nacional de Recursos podrá proponer para ser electos representantes titular y alterno ante la Comisión Honoraria Administradora. En el mismo acto de propuesta, el que se formulará por escrito ante la Comisión Honoraria Administradora, designarán un elector por especialidad para emitir su voto.

La Comisión Honoraria Administradora organizará el acto eleccionario en el que los representantes de cada especialidad expresarán la voluntad del sector al que representan.

El padrón electoral estará integrado por el listado de nombres propuestos por las especialidades como electores, quienes para sufragar deberán exhibir Cédula de Identidad.

En el mismo acto de votación se manifestará la voluntad respecto de la designación de titular y alterno, los que serán elegidos por mayoría simple de votantes.

Fuente: *Decreto Nº 358/993* de 5/8/993, *art. 23º.*

Artículo 12º. (Permanencia en los cargos. Presidencia del Organismo). Los miembros de la Comisión Honoraria Administradora durarán en sus cargos un período de dos años, pudiendo ser reelectos. En aquellos casos que así corresponda podrán ser relevados en cualquier momento por las Instituciones u Organismos que representen, en cuyo caso el alterno completará el período respectivo.

La Comisión Honoraria Administradora será presidida por el Ministro de Salud Pública o quien lo represente.

Fuente: *Decreto Nº 358/993* de 5/8/993, *art. 24º.*

Artículo 13º. (Relevo de los representantes). Las Instituciones u Organismos representados en la Comisión Honoraria Administradora podrán hacer uso del procedimiento para el relevo previsto en el artículo anterior, mediante la utilización de idéntico procedimiento que para la designación.

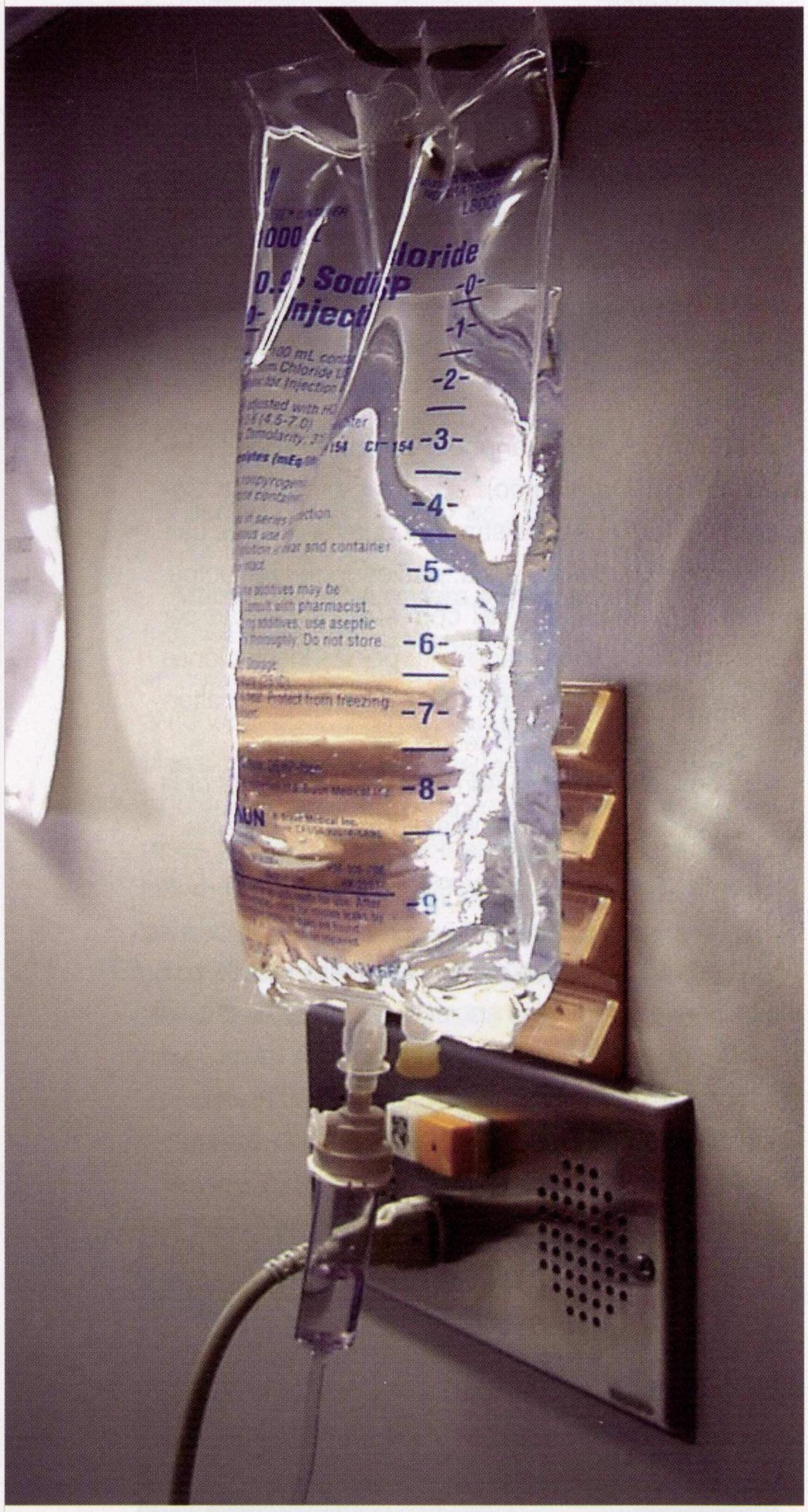
Fuente: *Decreto Nº 358/993* de 5/8/993, *art. 25º.*

Artículo 14º. (Quórum para sesionar). La Comisión Honoraria Administradora sesionará con un quórum mínimo de cinco miembros presentes. Las resoluciones se adoptarán por mayoría simple de los

presentes. En caso de empate se procederá a una nueva votación teniendo el presidente o quien haga sus veces, doble voto.

La Comisión Honoraria Administradora elaborará su reglamento interno de funcionamiento.

Fuente: *Decreto Nº 384/001* de 2/10/001, *art. 1º*.



Capítulo V
Determinación de la cobertura

Artículo 15º. (Afecciones, técnicas y medicamentos cubiertos). La Comisión Honoraria Administradora determinará las afecciones, técnicas y medicamentos que estarán cubiertos por el Fondo Nacional de Recursos.

Para la inclusión de nuevas afecciones e introducción de otras técnicas y medicamentos se requerirá el asesoramiento de la Comisión Técnica Asesora que es creada por el *artículo 32º* del presente Texto, la que deberá expedirse en los plazos y condiciones establecidos por el *artículo 33º* del mismo.

La Comisión Honoraria Administradora tendrá la potestad de autorizar los gastos necesarios a los efectos de llevar a cabo los objetivos del Fondo.

En casos especialmente justificados podrá convenir la atención de pacientes en medios sanitarios del exterior. La Comisión Honoraria Administradora establecerá las características de esta forma de asistencia para aquellas patologías potencialmente reversibles que no puedan tratarse en el país por carecerse de recursos y que cuenten en el exterior con procedimientos de tratamientos de reconocida solvencia científica.

A tales efectos, la Comisión Honoraria Administradora emitirá dentro de un plazo de treinta días, contados a partir del 5 de agosto de 1993, un listado de actos incluíbles en esta cobertura.

Dicho listado será revisado semestralmente para confirmarlo, ampliarlo o reducirlo.

Para el mejor cumplimiento de sus objetivos procurará promover acuerdos de integración y complementación regionales que posibiliten, cuando se considere necesario, su factible prosecución y desarrollo en el país.

Podrá, asimismo, disponer de recursos para el perfeccionamiento de los técnicos que se determine.

Los recursos con que cuenta la Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos, se podrán utilizar indistintamente para financiar la asistencia en el país o en el exterior.

La asistencia en el extranjero se financiará con aportes del Fondo Nacional de Recursos y de los propios beneficiarios, de acuerdo a la reglamentación respectiva en la que se tendrá en cuenta la capacidad contributiva del beneficiario entendiendo por tal su situación patrimonial e ingresos de su núcleo familiar.

Sólo podrán acceder a la prestación de actos médicos cuya cobertura esté a cargo del Fondo Nacional de Recursos, conforme a los criterios de la presente normativa, los beneficiarios radicados en el país.

La Comisión Honoraria Administradora queda facultada para exigir con carácter general o específico que se le aporten los elementos probatorios que estime pertinentes a los efectos de acreditar la mencionada radicación.

En el caso de existir acuerdos o convenios internacionales en la materia la Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos, podrá, por razones fundadas autorizar la cobertura financiera de personas que no reúnan las condiciones referidas.

Fuente: *Ley Nº 16.343 de 24/12/992, art. 5º.*
Ley Nº 17.296 de 21/2/001, art 365.
Ley Nº 17.930 de 19/12/005, art. 313.
Decreto Nº 358/993 de 5/8/993, arts. 6º, 26º, 33º, 34º,39º y 40º.
Texto integrado y ajustado.



Capítulo VI
Cobertura Financiera

Artículo 16º. (Determinación de los aranceles). Los Ministerios de Salud Pública y de Economía y Finanzas, previo informe de la Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos, podrán convenir con los institutos de medicina altamente especializada, el precio de la asistencia prestada. En caso de discordia se estará a lo que determine el Poder Ejecutivo, actuando en acuerdo con los Ministerios de Salud Pública y de Economía y Finanzas.

Fuente: *Ley Nº 17.930* de 19 /12/005, *art. 304.*

Artículo 17º. (Alícuota de perfeccionamiento técnico). En la determinación de los aranceles se podrá contemplar la existencia de una alícuota, la que deberá ser facturada y contabilizada separadamente por parte de los Institutos de Medicina Altamente Especializada y estará destinada al perfeccionamiento de los Técnicos y a la actualización tecnológica de los Institutos.

La Comisión Honoraria Administradora normatizará el sistema regulatorio que permita la aplicación de lo dispuesto y el efectivo destino de dichos fondos a los fines autorizados, aplicando en caso contrario las normas pertinentes.

Fuente: *Decreto Nº 358/993* de 5/8/993, *art. 10º.*

Artículo 18º. (Incorporación y retiro de IMAE de la cobertura). La Comisión Honoraria Administradora, previa habilitación por parte del Ministerio de Salud Pública, autorizará –de entenderlo conveniente– la creación de Institutos de Medicina Altamente Especializada aportando la cobertura establecida previamente de los actos por éstos realizados dentro del sistema.

Del mismo modo y por razones fundadas podrá disponer la suspensión o el retiro de la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Recursos otorga, para el caso que algún Instituto de Medicina Altamente Especializada incumpliere con las obligaciones contraídas con ese Fondo.

Capítulo VII

Fuente: *Decreto Nº 358/993* de 5/8/993, *art. 7º*.

Artículo 19º. (Facturación de los IMAE). Los Institutos de Medicina Altamente Especializada, dentro de los 10 (diez) primeros días de cada mes, deberán presentar la facturación de los actos cumplidos en el mes anterior. La facturación presentada fuera de plazo se incorporará al vencimiento de las presentadas al mes siguiente.

La Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos deberá efectivizar los pagos correspondientes en un plazo que vencerá el último día hábil del mes siguiente al de la presentación de la facturación. Vencido dicho plazo, será de aplicación el régimen de intereses y recargos preceptuado por el *artículo 5º* de este Texto.

Fuente: *Decreto Nº 358/993* de 5/8/993, *art. 17º*.

Artículo 20º. (Certificado a los aportantes). Las entidades privadas obligadas a aportar al Fondo Nacional de Recursos, para realizar cualquier tipo de gestión ante el Banco de Previsión Social y los Ministerios de Economía y Finanzas, Trabajo y Seguridad Social y Salud Pública, deberán exhibir certificado que acredite estar al día en el cumplimiento de sus obligaciones con el Fondo Nacional de Recursos en aplicación de lo dispuesto por el inciso a) del *artículo 17 del Decreto Nº 301/987* de 23 de junio de 1987.

Fuente: *Decreto Nº 358/993* de 5/8/993, *art. 19º*.

Capítulo VII
Controles a los IMAE. Régimen disciplinario.

Artículo 21º. (Régimen disciplinario). La Comisión Honoraria del Fondo Nacional de Recursos propondrá al Ministerio de Salud Pública las medidas disciplinarias respecto de los incumplimientos en que incurrieran frente al mismo los Institutos de Medicina Altamente especializada que se encuentren integrados al Sistema Nacional Integrado de Salud.

Fuente: *Ley Nº 17.930* de 19/12/005, *art. 307*.

Artículo 22º. (Sistemas contables y suministro de documentación). Las Instituciones que se relacionen financieramente con el Fondo Nacional de Recursos deberán poseer sistemas de información contable adecuados a las respectivas disposiciones vigentes y suministrar toda la documentación que requiera la Comisión Honoraria Administradora.

A tal fin la Comisión Honoraria Administradora comunicará a los IMAE –dentro del término de ciento ochenta días contados a partir del 5 de agosto de 1993–, cuál será el sistema contable y de información a aplicar por los mismos, teniendo dichos Institutos un plazo de ciento ochenta días para adaptarse al mismo, computando a partir del día siguiente a la mencionada comunicación.

Fuente: *Ley Nº 16.343* de 24/12/992, *art. 8º*.
Decreto Nº 358/993 de 5/8/993, *art. 28º*.
Texto integrado.



Capítulo VIII
Deberes y responsabilidades funcionales

Artículo 23º. (Responsabilidad en materia financiero-contable). La responsabilidad administrativa en materia financiero-contable alcanza a todos los funcionarios públicos con tareas o funciones vinculadas a la gestión del patrimonio del Estado. Alcanza además a los jerarcas y empleados de las entidades o personas públicas no estatales que utilicen indebidamente fondos públicos, o administren incorrectamente bienes del Estado, en lo pertinente.

La responsabilidad administrativa se genera por el apartamiento de las normas aplicables, de los objetivos y metas previstos, y el apartamiento inexcusable de los principios y procedimientos de buena administración, en todos los casos en lo relativo al manejo de dineros o valores públicos y a la custodia o administración de bienes estatales.

Las transgresiones a las disposiciones señaladas constituyen faltas administrativas, aún cuando no ocasionen perjuicios económicos al Estado. Las responsabilidades se graduarán conforme a la jerarquía del infractor y a su nivel de responsabilidad en la materia. En todos los casos los infractores estarán sujetos a las sanciones administrativas o disciplinarias aplicables y, cuando corresponda, a las responsabilidades civiles, penales o políticas emergentes, de conformidad con las disposiciones constitucionales, legales y reglamentarias vigentes y las que se establecen en los artículos siguientes.

Fuente: *Ley Nº 16.736* de 5/1/996, *art. 53.*
Texto ajustado.

Artículo 24º. (Alcance de la responsabilidad). La responsabilidad alcanza mancomunada y solidariamente a todos los que resuelvan, dispongan, ejecuten o intervengan en la formación de actos u ocurrencia de hechos que incurran en los supuestos a que refiere el artículo precedente.

Quedan exceptuados los integrantes de directorios u órganos colegiados que se hubieran opuesto al acto y dejado constancia escrita de su oposición, así como los funcionarios sujetos a jerarquía que, en oportunidad de su intervención, hubieran expuesto, también por escrito, sus observaciones y los fundamentos de las mismas.

Fuente: Ley Nº 16.736 de 5/1/996, art. 54.

Artículo 25º. (Normas de conducta en la función pública. Ámbito subjetivo de aplicación). Se entiende por funcionario público, a los efectos de lo dispuesto en el *Decreto Nº 30/2003* de 23/1/2003 sobre "Normas de Conducta en la Función Pública", toda persona que, cualquiera sea la forma de vinculación con la entidad respectiva, desempeñe función pública, a título oneroso o gratuito, permanente o temporario, de carácter legislativo, administrativo o judicial, en la Administración Central, en un Ente Autónomo, en un Servicio Descentralizado, en un Gobierno Departamental o en una persona pública no estatal (*art. 2° de la Ley No. 17.060* de 23 de diciembre de 1998 y *art. 175* del Código Penal en la redacción dada por el *art. 8° de la Ley No. 17.060*).

Fuente: *Decreto Nº 30/003*, de 23 de enero de 2003, *art. 2º.*
Texto ajustado y parcial.

Artículo 26º. (Ámbito orgánico de aplicación). Las Normas de Conducta de la Función Pública establecidas por el *Decreto Nº 30/003* de 23/1/2003, son aplicables a los funcionarios de las personas públicas no estatales.

Fuente: *Decreto Nº 30/003*, de 23 de enero de 2003,*art. 3º.*
Texto ajustado y parcial.

Capítulo IX

Capítulo IX
Contralores al FNR

Artículo 27º. (Estados contables. Auditoría externa). Las personas públicas no estatales y los organismos privados que manejan fondos públicos o administren bienes del Estado, presentarán sus estados contables, con dictamen de auditoría externa, ante el Poder Ejecutivo y el Tribunal de Cuentas, de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 138 del TOCAF y *artículo 100* de la *Ley No. 16.134*, de 24 de setiembre de 1990.

Presentarán una copia de dichos estados contables, dentro de los noventa días del cierre del ejercicio, ante la Auditoría Interna de la Nación. Esta Auditoría efectuará los controles sobre dichos estados en forma selectiva, de acuerdo a las conclusiones que se obtengan de la información proporcionada. Anualmente publicarán estados que reflejen su situación financiera, los cuales deberán estar visados por el Tribunal de Cuentas.

Fuente: *Ley No. 16.736*, de 5 de enero 1996,
Artículo 199.
Texto parcial.

Artículo 28º. (Control externo del Tribunal de Cuentas). El sistema de control externo de los actos y la gestión económico-financiero estará encabezado por el Tribunal de Cuentas, al cual corresponderá entre otros, dictaminar e informar sobre los estados y balances que formulen los Organismos, Servicios o Entidades no estatales que perciban fondos públicos o administren bienes del Estado, en las condiciones que establezcan las normas respectivas.

El Tribunal de Cuentas elevará a la Asamblea General, copia autenticada de las resoluciones que recaigan todas las auditorías que practique, y de su intervención que refiere el título VI «De las Responsabilidades» del T.O.C.A.F. estableciendo en este último caso, cuando el organismo competente no hubiere atendido sus observaciones, el grado de responsabilidad que la infracción le merece.

Fuente: T.O.C.A.F. *art. 94*
Texto parcial y ajustado.

Artículo 29º. (Contabilidad. Normas aplicables). Los Organismos, Servicios o Entidades no estatales que perciban fondos públicos o administren bienes del Estado, llevarán su contabilidad aplicando las normas de los *artículos 82* y siguientes del T.O.C.A.F. discriminando claramente los fondos públicos y los gastos atendidos con ellos.

Dichas personas o entidades, sin perjuicio de lo dispuesto por los *artículos 114* y siguientes del T.O.C.A.F., deberán rendir cuenta ante el Tribunal de Cuentas, en la forma siguiente:

a) Cuando los fondos públicos percibidos durante el ejercicio o los bienes del Estado que administran, no excedan del monto máximo de la licitación abreviada deberán presentar rendición de cuentas dentro de los sesenta días de vencido aquel.

b) Cuando excedan dicho monto, deberán presentar estado de situación, estado de resultados y estado de origen y aplicación de fondos, dentro de los noventa días de finalizado el ejercicio, sin perjuicio de lo que establece el literal siguiente.

c) Cuando el monto a percibir o administrar durante el ejercicio –o en caso de no conocerse el mismo, el del ejercicio anterior– exceda a tres veces el límite máximo de la licitación abreviada, se deberá formular un presupuesto, el que será remitido con fines informativos al referido órgano de control, antes de iniciarse el ejercicio, y cuyo estado de ejecución se presentará conjuntamente con los estados citados en el literal b).

d) Los distintos documentos y estados referidos en los literales b) y c) deberán formularse y presentarse en la forma en que lo determine el Tribunal de Cuentas.

Si el Tribunal de Cuentas formulare observaciones, su resolución se comunicará al Poder Ejecutivo, a los efectos establecidos por los artículos 120 y siguientes.

Fuente: T.O.C.A.F. *art. 138*
Texto ajustado.

Artículo 30º. (Balances y rendiciones de cuentas). La Comisión Honoraria Administradora deberá elevar al Poder Ejecutivo, para su consideración un balance anual y la rendición de cuentas dentro de los primeros ciento veinte días de vencido cada ejercicio, así como los estados de situación y balance de resultados de todos los Institutos vinculados al sistema. Las Instituciones que no presenten ante el Fondo Nacional de Recursos sus estados de situación y balance de resultados anuales, verán suspendidos los pagos que les pudieran corresponder hasta tanto se produzca la información referida.

Fuente: *Ley Nº 16.343* de 24/12/992, *art. 9º*.
Decreto Nº 358/993 de 5/8/993, *art. 29º*.
Texto integrado.



Capítulo X
Comisión Técnico Asesora

Artículo 31º. (Comisión Técnica-Asesora. Creación). Crease la Comisión Técnica Asesora sobre Medicina Altamente Especializada, que funcionará en la órbita del Ministerio de Salud Pública.

La misma tendrá carácter honorario.

La Comisión Técnica-Asesora estará integrada por un miembro, titular o alterno, representante de la Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos, que la presidirá, representante del Ministerio de Salud Pública, un representante de la Facultad de Medicina y un tercer miembro que será designado por la Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos, a propuesta del cuerpo médico nacional. En caso de empate el Presidente tendrá doble voto.

Dicha propuesta deberá ser formulada por entidades que –juntas o separadamente– representen a un 75% (setenta y cinco por ciento) del referido Cuerpo Médico.

Será cometido de esta Comisión Técnica asesorar al Ministerio de Salud Pública y a la Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos en los aspectos técnico-asistenciales de su incumbencia. Tal asesoramiento será preceptivo en los siguientes casos:

A) Introducción y desarrollo de nuevas técnicas y tecnologías de alto costo y complejidad a cargo del Fondo Nacional de Recursos.

B) Evaluación de la calidad de las acciones de atención médica que se realicen en los Institutos de Medicina Altamente Especializada.

La Comisión Técnica Asesora recabará las opiniones que estime necesarias o convenientes para el cumplimiento de sus cometidos.

Sin perjuicio del carácter preceptivo de su dictamen, éste no tendrá la condición de vinculante, debiendo la Comisión Honoraria Administradora resolver esos temas en forma fundada.

Capítulo XI

Fuente: *Ley Nº 16.343* de 24/12/992, *art. 10º.*
Ley Nº 17.930 de 19/12/05, *art. 305.*
Decreto Nº 358/993 de 5/8/993, *arts. 30º y 31º.*
Texto integrado y ajustado.

Artículo 32º. (Comisión Técnico-Asesora. Plazo para expedirse). Siempre que la Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos solicite el dictamen de la Comisión Técnica Asesora remitirá a ésta todos los antecedentes sobre el punto en consulta, fijándole un plazo máximo para expedirse el que será establecido en cada caso tomando en consideración la complejidad y urgencia del tema a tratar.

En caso que la Comisión Técnica Asesora no se expida dentro de los plazos previstos, la Comisión Honoraria Administradora quedará facultada para expedirse prescindiendo de dicho dictamen.

Fuente: *Decreto Nº 358/993* de 5/8/993, *art. 32.*



Capítulo XI
Comisiones Técnico Médicas.
Cobertura en el Exterior.

Artículo 33º. (Comisiones Técnico-Médicas. Creación). Créanse las Comisiones Técnico-Médicas que tendrán como cometido expedirse con carácter vinculante respecto a la justificación técnica de las peticiones que formulen los titulares de interés directo, relativas a intervenciones en el extranjero. Serán designadas por la Comisión Honoraria Administradora en cada oportunidad y estarán integradas por un delegado de dicha Comisión, que la presidirá, un delegado de los Institutos de Medicina Altamente Especializada, un delegado de la Facultad de Medicina y un delegado del Ministerio de Salud Pública. En caso de empate, el Presidente tendrá doble voto.

Estas Comisiones Técnico-Médicas deberán emitir su dictamen en el plazo de veinticuatro días hábiles, recabando las opiniones que estimen convenientes. En los casos de urgencia, la Comisión Honoraria Administradora del Fondo podrá fijarles un término menor.

Producido el dictamen que justifique la asistencia en el extranjero, la Comisión Honoraria Administradora resolverá la prestación económica total o parcial a brindarse en cada caso.

Conjuntamente con la gestión de asistencia económica, el interesado deberá presentar una declaración jurada patrimonial del núcleo familiar.

Fuente: *Ley Nº 16.343* de 24/12/992, *art. 6º.*
Ley Nº 17.930 de 19/12/005, *art. 306.*

Artículo 34º. (Comisiones Técnico-Médicas. Actuación). La Comisión Honoraria Administradora designará en cada oportunidad una Comisión Técnico-Médica para expedirse respecto de la justificación técnica de las peticiones que formulen los titulares de un interés directo relativas a intervenciones en el extranjero. Previo a dar curso a las mismas, deberá determinar si se encuentran incluidas en el listado a que se refiere el *artículo 15º* del presente Texto.

La Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos, conjuntamente con la incorporación en el listado de actos médicos a ser cubiertos en el exterior del País, establecerá el arancel con el que se retribuirá a cada uno de los integrantes de la Comisión Técnico-Médica que deberá expedirse en la especialidad.

Fuente: *Decreto Nº 358/993* de 5/8/993, *art. 36º*. *Texto parcial y ajustado.*

Artículo 35º. (Comisión Técnico-Médica. Plazo para emitir dictamen). La Comisión Técnico-Médica deberá emitir su dictamen en un plazo de veinticinco días hábiles contados a partir del momento en que le sea requerido, recabando las opiniones que estime conveniente. En los casos de urgencia, la Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos podrá fijarle un término menor.

Fuente: *Decreto Nº 358/993* de 5/8/993, *art. 37º*.

Artículo 36º. (Prestación económica total o parcial). Producido el dictamen que justifique la asistencia en el extranjero, la Comisión Honoraria Administradora resolverá la prestación económica total o parcial a brindarse en cada caso.

Conjuntamente con la gestión de asistencia económica, el interesado deberá presentar una declaración jurada patrimonial y de ingresos del núcleo familiar que integra.

La asistencia en el extranjero se financiará con aportes del Fondo Nacional de Recursos y de los propios beneficiarios, tomando en cuenta la capacidad contributiva del beneficiario, entendiendo por tal su situación patrimonial e ingresos de su núcleo familiar.

Se considerarán como integrantes del núcleo familiar, a los efectos de la mencionada declaración, a todas aquellas personas legalmente obligadas a servir alimentos a aquél para quien se solicita la cobertura financiera del Fondo Nacional de Recursos. La Comisión Honoraria Administradora estará facultada para exigir toda documentación complementaria que avale lo declarado.

En caso de constatarse una declaración jurada falsa, además de las acciones penales correspondientes, se generará un crédito a favor del Fondo Nacional de Recursos por las erogaciones indebidas realizadas con cargo a dicho Fondo.

Fuente: *Ley Nº 17.296* de 21/2/001, *art. 365.* Decreto *Nº 358/993* de 5/8/993, *art. 38º*. *Texto ajustado, integrado y parcial.*



Capítulo XII

Capítulo XII
Gravamen Juego "5 de ORO"

Artículo 37º. (Recaudación del gravámen sobre "Cinco de Oro"). El gravamen creado por el artículo 5º, literal E) de este Texto será recaudado por la Dirección de Loterías y Quinielas.

Fuente: *Decreto Nº 348/993* de 3/8/993, *art. 1º. Texto ajustado.*

Artículo 38º. (Aciertos grabados). El tributo que se crea gravará únicamente los aciertos de los denominados "pozo de oro" y "pozo de plata".

Fuente: *Ley Nº 16.405* de 17/8/993, *art. único.*

Artículo 39º. (Contribuyentes). Serán contribuyentes los apostadores beneficiarios de los premios referidos en el artículo anterior.

Serán agentes de retención del gravamen la Banca de Cubierta Colectiva de Quinielas de Montevideo y la Asociación de Agentes de Quinielas del Interior en lo que respecta al denominado Pozo de Oro. En cuanto el denominado Pozo de Plata y aciertos de dividendo fijo, serán agentes de retención las Bancas de Cubierta Colectiva de Quinielas del departamento en donde se produjo el acierto.

Fuente: *Decreto Nº 348/993* de 3/8/993, *art. 3º.*

Artículo 40º. (Tasa). La tasa será del 5% (cinco por ciento).

Fuente: *Decreto Nº 348/993* de 3/8/993, *art. 4º.*

Artículo 41º. (Monto imponible). El monto imponible estará constituido por el importe del premio bruto a recibir por el apostador antes de deducir el producido del gravamen antes referido.

Fuente: *Decreto Nº 348/993* de 3/8/993, *art. 5º.*

Artículo 42º. (Lugar y plazo del depósito). El gravamen deberá ser depositado por quincena vencida en el Banco de la República Oriental del Uruguay entre los días 1º a 10 y 15 a 25 de cada mes en la cuenta que a tales efectos la Oficina Recaudadora tiene en el referido Banco.

Fuente: *Decreto Nº 348/993* de 3/8/993, *art. 6º.*

Artículo 43º. (Versión). La Dirección de Loterías y Quinielas verterá mensualmente el importe recaudado del gravamen que se reglamenta en la cuenta de la Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos *Ley Nº 16.343.*

Fuente: *Ley Nº 17.296* de 21/2/001, *art. 365. Decreto Nº 348/993* de 3/8/993, *art. 7º. Texto ajustado, integrado y parcial.*

Artículo 44º. (Autorización). Todos los concursos, sorteos o competencias con excepción de los regulados en el *decreto-ley Nº 14.841*, de 22 de noviembre de 1978, en los que la participación de los interesados se sujete a que éstos realicen un desembolso que habilite su intervención y que además conlleven una elección aleatoria con la que parcial o totalmente se determine el ganador, deberán ser autorizados por el Ministerio de Economía y Finanzas, previo informe favorable de la Dirección Nacional de Loterías y Quinielas. Se incluyen en la presente disposición las situaciones en las que en el sorteo o concurso participan únicamente las personas que previamente contestaron correctamente preguntas de conocimiento.

Estarán sujetos a la autorización a la que refiere el inciso procedente únicamente los concursos, sorteos o competencias que se efectúen mediante la utilización de servicios telefónicos, postales o similares.

Fuente: *Ley Nº 17.166* de 10/9/999, *art. 1º.*

Artículo 45º. (Sorteos, concursos y competencias comprendidos). Los sorteos, concursos o competencias comprendidos en el artículo precedente esta-

rán gravados por un impuesto de hasta el 20% (veinte por ciento) sobre el monto total de los ingresos, excluido el Impuesto al Valor Agregado, que obtengan los organizadores *(artículo 2º ley Nº 17.166)* cualquiera sea la naturaleza de tales personas y el destino al que se apliquen los fondos recaudados, sin perjuicio de lo establecido en el inciso segundo del *artículo 89 de la Ley Nº 16.462* de 11 de enero de 1994.

Son contribuyentes del impuesto aquí referido quienes organicen los eventos descritos en la presente ley.

Facultase al Poder Ejecutivo a designar agentes de retención y de percepción.

El producido de este impuesto estará afectado al Fondo Nacional de Recursos, el que lo destinará en primer término, a financiar la asistencia en el exterior prevista en el *artículo 5º de la Ley Nº 16.343*, de 24 de diciembre de 1992 y, en su caso, a los aportes previstos en el literal A) del *artículo 3º* de la mencionada ley.

La Dirección General Impositiva dictará las normas que correspondan a los efectos de la percepción del impuesto y controlará el cumplimiento de la presente disposición, aplicándose en lo pertinente las normas del Código Tributario.

Fuente: *Ley Nº 17.166* de 10/9/999, *art. 4º*.

Artículo 46º. (Hecho generador). Constituye hecho generador del impuesto que se reglamenta, la realización de los sorteos, concursos y competencias, definidos en el artículo precedente.

Fuente: *Decreto Nº 349/999* de 5/11/999, *art. 14º*. *Texto ajustado.*

Artículo 47º. (Acaecimiento). El hecho generador se considerará configurado cuando los usuarios hagan efectiva su participación a través de la utilización de los servicios telefónicos, postales o similares.

Fuente: *Decreto Nº 349/999* de 5/11/999, *art. 15º*.

Artículo 48º. (Territorialidad). Estarán gravadas aquellas actividades comprendidas en el hecho generador, en las que los usuarios estén domiciliados en el territorio nacional, independientemente del lugar de realización del sorteo, concurso o competencia.

Fuente: *Decreto Nº 349/999* de 5/11/999, *art. 16º*.

Artículo 49º. (Contribuyente). Son contribuyentes del tributo quienes organicen los eventos a que refieren los artículos anteriores.

Fuente: *Decreto Nº 349/999* de 5/11/999, *art. 17º*.

Artículo 50º. (Agentes de retención). Desígnanse agentes de retención a quienes presten servicios telefónicos, postales o similares, para la realización de las actividades gravadas.

La designación a que refiere el artículo anterior estará condicionada a la existencia de algún tipo de acuerdo por el cual el agente de retención perciba de los apostantes, concursantes o competidores, los ingresos que correspondan al organizador del evento.

Fuente: *Decreto Nº 349/999* de 5/11/999, *art. 18º*.

Artículo 51º. (Monto imponible). El monto imponible del tributo estará constituido por los ingresos totales que obtengan los organizadores de los eventos, excluidos el Impuesto al Valor Agregado y el que se reglamenta.

Fuente: *Decreto Nº 349/999* de 5/11/999, *art. 19º*.

Artículo 52º. (Alícuota). La alícuota del tributo será del 20%.

Fuente: *Decreto Nº 349/999* de 5/11/999, *art. 20º*.

Artículo 53º. (Liquidación y pago). Los agentes de retención deberán verter mensualmente las retenciones practicadas, en la forma y condiciones que establezca la Dirección General Impositiva.

La retención tendrá carácter definitivo.

En el caso de que no se hubiera designado agente de retención los contribuyentes deberán liquidar el tributo mensualmente de acuerdo a lo que establezca el citado Organismo recaudador.

Fuente: *Decreto Nº 349/999* de 5/11/999, *art. 22º.*

Capítulo XIII
Impuesto específico Servicios de Salud

Artículo 54º. (Impuesto Específico Servicios de Salud. Caracteres generales). Créase con destino a Rentas Generales el Impuesto Específico a los Servicios de Salud que gravará la prestación de servicios de salud dentro del territorio nacional.

Fuente: *Ley Nº 17.309* de 30/3/001, *art. 1º.*

Artículo 55º. (Hecho generador). Estarán gravadas las prestaciones de servicios vinculadas a la salud de los seres humanos.

No estarán gravados los referidos servicios cuando constituyan un insumo de otros prestadores de servicios de salud gravados por este tributo, ni cuando se encuentren alcanzados por el Impuesto al Valor Agregado.

En el caso de las instituciones de asistencia médica colectiva y de otros prestadores de servicios de salud que gocen de exoneraciones subjetivas, estarán gravadas por este impuesto todas las prestaciones que se encuentren exoneradas del Impuesto al Valor Agregado, excepto las prestadas a otras entidades gravadas por el tributo que se reglamenta.

Fuente: *Ley Nº 17.309*, de 30/3/001, *art. 2º.*

Artículo 56º. (Contribuyentes). Serán contribuyentes del impuesto los prestadores de los servicios gravados.

A efectos de este impuesto considérase contribuyente al Fondo Nacional de Recursos.

Fuente: *Ley Nº 17.309*, de 30/3/001, *art. 3º.*

Artículo 57º. (Configuración del hecho gravado). El hecho gravado se considerará configurado cuando el contrato o acto equivalente tenga ejecución mediante la prestación de los servicios gravados.

En el caso de prestaciones de servicios de tracto sucesivo, el hecho generador se considerará configurado mensualmente. En atención a la realidad económica de los servicios prestados, el Poder Ejecutivo podrá autorizar modalidades especiales de facturación, de acuerdo con las formas de cobro convenidas, debiéndose en tales casos realizar la versión del impuesto en el mes siguiente al de su facturación.

Cuando todo o parte de la contraprestación de los servicios se perciba en régimen de prepago, el hecho generador se considerará configurado en la fecha de la facturación. Se entenderá que existe régimen de prepago, cuando la contraprestación establecida en el contrato de adhesión a través del cual se obtiene el derecho a la utilización eventual de determinados servicios de salud, sea periódica e independiente de la efectiva prestación del servicio.

Fuente: *Ley Nº 17.309*, de 30/3/001, *art. 4º.*

Artículo 58º. (Materia imponible). La materia imponible estará constituida por la contraprestación correspondiente a la prestación del servicio, debiendo incluirse el monto de otros gravámenes que afecten la operación.

Fuente: *Ley Nº 17.309*, de 30/3/001, *art. 5º.*

Artículo 59º. (Tasa). La tasa del impuesto será del 3% (tres por ciento).

Fuente: *Ley Nº 17.309*, de 30/3/001, *art. 6º.*

Artículo 60º. (Liquidación del impuesto). El tributo a pagar se liquidará mensualmente aplicando la alícuota vigente al total neto contratado o facturado, en la forma y condiciones que establezca la reglamentación.

Fuente: *Ley Nº 17.309*, de 30/3/001, *art. 7º.*

Artículo 61º. (Traslación). En el caso de las prestaciones gravadas del Fondo Nacional de Recursos y en aquéllas cuyo precio se regula administrativamente, los contribuyentes podrán incrementar dichos precios en un porcentaje equivalente a la alícuota del tributo.

Fuente: *Ley Nº 17.309*, de 30/3/001, *art. 8º.*

Artículo 62º. (Exoneraciones). Exonérase del tributo creado por la presente ley a las prestaciones de servicios realizadas al Ministerio de Salud Pública, al Fondo Nacional de Recursos y a los afiliados al Servicio de Prestaciones de Actividad correspondiente a la ex DISSE por la parte relativa a la cuota mutual y a la cuota de aporte al Fondo Nacional de Recursos.

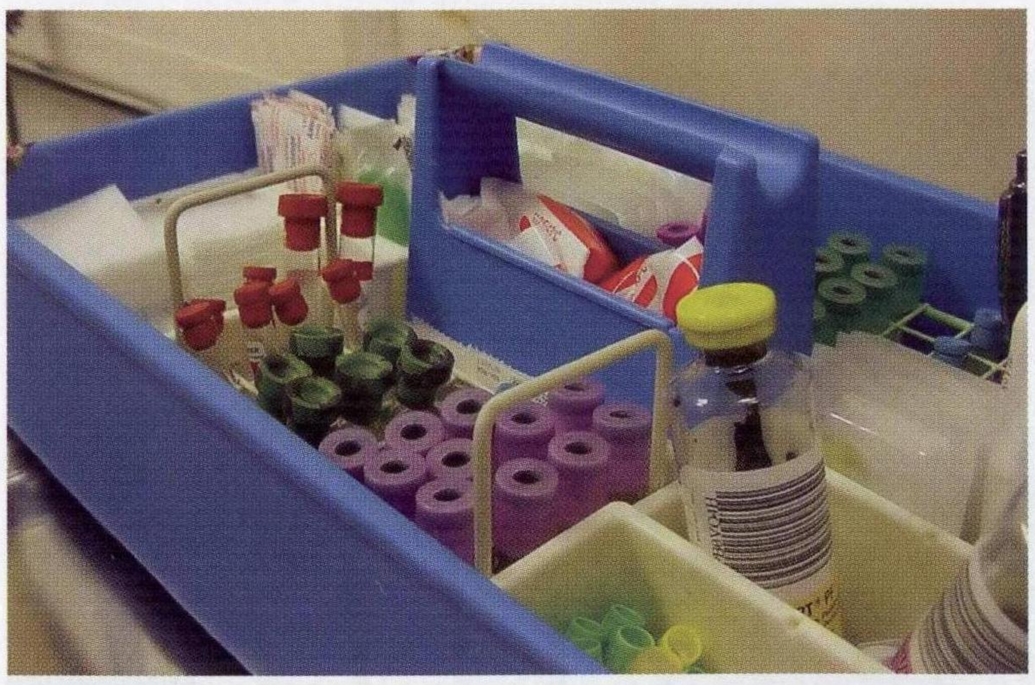
Fuente: *Ley Nº 17.309*, de 30/3/001, *art. 9º.*

Artículo 63º. (Exoneraciones genéricas). A los efectos de la vigencia y la liquidación del impuesto creado por la presente ley deróganse las exoneraciones genéricas de impuestos establecidas en favor de determinadas entidades o actividades.

Fuente: *Ley Nº 17.309*, de 30/3/001, *art. 10º.*

Artículo 64º. (Remisión). Serán de aplicación para este impuesto, en lo no previsto expresamente, las normas del Impuesto al Valor Agregado.

Fuente: *Ley Nº 17.309*, de 30/3/001, *art. 11º.*



Capítulo XIV
RUCAF

Artículo 65º. (RUCAF. Creación). Encomiéndase a la Dirección General de Secretaría del Ministerio de Salud Pública la administración del Registro Unico de Cobertura de Asistencia Formal (RUCAF).

Fuente: *Decreto Nº 385/005* de 5/10/2005, *art. 1º.*

Artículo 66º. (Area responsable). El Area Economía de la Salud, creada por Ordenanza Ministerial Nº. 199 de 4 de marzo de 2005, dependiente de la Dirección General de Secretaría del Ministerio de Salud Pública, será la responsable de la reserva de la información aportada por las Instituciones de carácter público o privado, de acuerdo al artículo 2º del D*ecreto del Poder Ejecutivo Nº 375/997* de 8 de octubre de 1997.

Fuente: Decreto Nº 385/005 de 5/10/2005, art. 2º.

Artículo 67º. (FNR. RUCAF. Libre acceso). Al amparo de lo dispuesto en el artículo 7º in-fine del Decreto referido en el artículo precedente, se autoriza al Fondo Nacional de Recursos el libre acceso a la información recabada por el Registro Unico de Cobertura de Asistencia Formal (RUCAF).

Fuente: *Decreto Nº 385/005* de 5/10/2005, *art. 3º.*

Artículo 68º. (RUCAF. Datos a aportar). Se establece que, conjuntamente con los datos que mensualmente aportan las Instituciones de acuerdo a lo establecido por el artículo 2) de la Ordenanza del Ministerio de Salud Pública *Nº 641/999* de 23 de diciembre de 1999, se brindará la fecha de afiliación del usuario a la Institución.

Fuente: Decreto Nº 385/005 de 5/10/2005, art. 4º.

Artículo 69º. (Indicadores de gestión). El Fondo Nacional de Recursos, en colaboración con la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Públi-

Capítulo XV

ca y con la necesaria y equitativa representación de los Institutos de Medicina Altamente Especializada, fijará los indicadores de gestión que avalarán la acreditación permanente de los diferentes IMAE, estableciendo los criterios regulatorios para cada técnica contratada y sugiriendo las medidas a aplicar en casos de eventuales incumplimientos, sin perjuicio del asesoramiento de la Comisión Técnica Asesora sobre Medicina Altamente Especializada.

Fuente: *Decreto Nº 101/003*, de 20/3/003, *art. 1º*.

Artículo 70º. (Areas imprescindibles). Las áreas que imprescindiblemente deben ser objeto de evaluación a los efectos de una acreditación permanente y común a todas las técnicas serán:

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

Fuente: *Decreto Nº 101/003*, de 20/3/003, *art. 2º*.

Artículo 71º. (Colaboración). Encomiéndase a la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública a colaborar con el Fondo Nacional de Recursos para determinar en un plazo máximo de 90 días, los conjuntos indicadores que avalen la acreditación de cada técnica, teniendo en cuenta las áreas referidas en el artículo anterior.

Fuente: *Decreto Nº 101/003*, de 20/3/003, *art. 3º*. *Texto ajustado.*

Capítulo XV
Procedimiento Recursivo

Artículo 72º. (Resoluciones de la CHA. Sistema de impugnación). Contra las resoluciones de la Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos procederá recurso de reposición, que deberá interponerse dentro de los veinte días hábiles a partir del siguiente de la notificación del acto al interesado.

Una vez interpuesto el recurso mencionado en el inciso anterior, la Comisión Honoraria Administradora dispondrá de treinta días hábiles para instruir y resolver, y se configurará denegatoria ficta por la sola circunstancia de no dictarse resolución dentro de dicho plazo.

Denegado el recurso de reposición el recurrente podrá interponer, únicamente por razones de legalidad, demanda de anulación del acto impugnado ante el Tribunal de Apelaciones en lo Civil de turno, a la fecha en que dicho acto fue dictado. La interposición de esta demanda deberá hacerse dentro del término de veinte días hábiles de notificada la denegatoria ficta. La demanda de anulación sólo podrá ser interpuesta por el titular de un derecho subjetivo o de un interés directo, personal y legítimo, violado o lesionado por el acto impugnado. El procedimiento recursivo ante el Tribunal será el dispuesto por el Código General del Proceso para el proceso ordinario.

Fuente: *Ley Nº 16.343* de 24/12/992, *art. 11º*.



Índice de cuadros anexo 1

Cuadro 1: Actos autorizados por año 74

Cuadro 2: Actos autorizados por año. Distribuidos según institución de origen de los pacientes 75

Cuadro 3: Actos autorizados por año. Distribuidos según rango de edad de los pacientes 75

Cuadro 4: Actos médicos autorizados. Tasa de utilización por departamento 77

Cuadro 5: Actos autorizados por año 78

Cuadro 6: Actos realizados según origen de los pacientes 79

Cuadro 7: Diálisis crónica 1996 - 2005 86

Cuadro 8: Hemodiálisis. Inst. de Med. Altamente Especializada (IMAE) 87

Cuadro 9: DPCA. Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) 87

Cuadro 10: Actos realizados en el exterior 91

Cuadro 11: Resultados de la evaluación. 91

Cuadro 12: Programa Control del Tabaquismo. Pacientes con actos cardiológicos 92

Cuadro 13: Programa Control del Tabaquismo. Programa abierto 92

Cuadro 14: Programa de Control de Salud Cardiovascular 93

Cuadro 15: Programa de Salud Renal 93

Cuadro 16: Programa de Salud Renal 94

Cuadro 17: Programa de vigilancia de complicaciones 95

Índice de gráficos anexo 1

Gráfico 1: Actos médicos autorizados por el FNR (no incluye diálisis crónica) 76
Gráfico 2: Evolución del Nº de solicitudes negadas 76
Gráfico 3: Actos médicos autorizados (tasa de utilización por departamento) 77
Gráfico 4: Actos realizados según origen de los pacientes. Todos los actos 80
Gráfico 5: Actos realizados según origen de los pacientes. Hemodinamia de Adultos 80
Gráfico 6: Actos realizados según origen de los pacientes. Hemodinamia Infantil 81
Gráfico 7: Actos realizados según origen de los pacientes. Angioplastia Coronaria 81
Gráfico 8: Actos realizados según origen de los pacientes. Cirugía Cardíaca Adultos 82
Gráfico 9: Actos realizados según origen de los pacientes. Cirugía Cardíaca Infantil 82
Gráfico 10: Actos realizados según origen de los pacientes. Implante de Marcapasos 83
Gráfico 11: Actos realizados según origen de los pacientes. Prótesis de Cadera 83
Gráfico 12: Actos realizados según origen de los pacientes. Prótesis de Rodilla 84
Gráfico 13: Actos realizados según origen de los pacientes. TILU 84
Gráfico 14: Actos realizados según origen de los pacientes. Quemados Adultos 85
Gráfico 15: Actos realizados según origen de los pacientes. Quemados Niños 85
Gráfico 16: Actos realizados según origen de los pacientes. TMO 86
Gráfico 17: Pacientes dializados 88
Gráfico 18: Pacientes dializados 88
Gráfico 19: Pacientes nuevos 89
Gráfico 20: Pacientes trasplantados 89
Gráfico 21: Mortalidad estandarizada por mil pacientes expuestos 90
Gráfico 22: Pacientes dializados en el año 2005. Tasa de utilización por departamento 90
Gráfico 23: Programa de Salud Renal 94

Índice de abreviaturas

APTC ..... Angioplastias transcoronarias.

ASSE ..... Administración de Servicios de Salud del Estado.

BPS ..... Banco de Previsión Social.

CC ..... Cirugías Cardíacas.

CENAQUE ..... Centro Nacional de Quemados.

CHA ..... Comisión Honoraria Administradora.

CTA ..... Comisión Técnica Asesora.

CTM ..... Comisiones Técnico Médicas.

DPCA ..... Diálisis Peritoneal Crónica Ambulatoria.

EH ..... Estudios Hemodinámicos.

FF AA ..... Fuerzas Armadas.

FM ..... Facultad de Medicina.

FNR ..... Fondo Nacional de Recursos.

HD ..... Hemodiálisis.

IAMC ..... Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

IMAE ..... Institutos de Medicina Altamente Especializada.

INDT ..... Instituto Nacional de Donación y Trasplantes de Células, Tejidos y Organos.

MEF ..... Ministerio de Economía y Finanzas.

MSP ..... Ministerio de Salud Pública.

RUCAF ..... Registro Unico de Cobertura Asistencial Formal.

SINADI ..... Sistema Nacional de Información.

SUEIIDISS .... Sociedad Uruguaya de Estandarización, Integración e Intercambio de Datos e Información en Servicios de Salud.

Otras publicaciones

FONDO NACIONAL DE RECURSOS, "*Fondo Nacional de Recursos de los Institutos de Medicina Altamente Especializada*". Montevideo, Impr. Asociados, noviembre 1994, 47 pp.

FONDO NACIONAL DE RECURSOS, "*Manual de Cuidado para Pacientes en Recuperación por Cirugía Cardíaca*", Montevideo, 2002, 20 pp.

FONDO NACIONAL DE RECURSOS, "*Sistema de Información del Fondo Nacional de Recursos*", Montevideo, diciembre 2002, 23 pp.

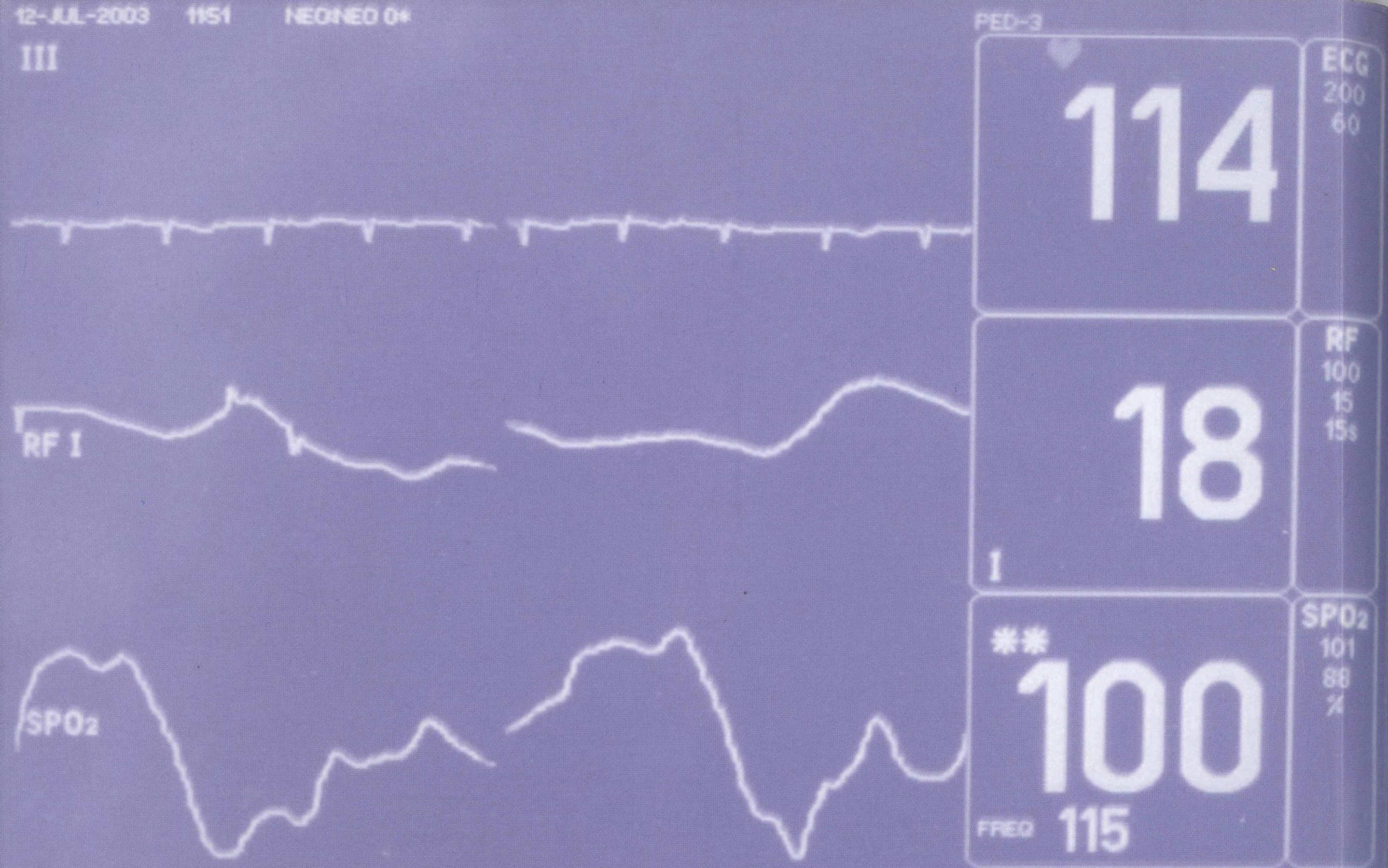
FONDO NACIONAL DE RECURSOS, *"Propuesta de Sistema de Acreditación de IMAE"*, Montevideo, Imp. Mosca, octubre 2003, 247 pp.

FONDO NACIONAL DE RECURSOS, "*Propuesta de Sistema de Acreditación de IMAE. Diálisis Peritoneal*", Montevideo, Impr. Mosca, 12 pp.

FONDO NACIONAL DE RECURSOS, "*Un Modelo de Gestión Inspirado en la Calidad*" (recopilación de artículos publicados en *El Diario Médico* desde 10/2002 a 05/2004), Montevideo, Imp. Mosca, junio 2004, 72 pp.

FONDO NACIONAL DE RECURSOS, "*Un Modelo de Gestión Inspirado en la Calidad*" (seminario), Montevideo, Imp. Mosca, junio 2004, 144 pp.




12-JUL-2003 1151 NEONEO 0*
III
RF I
SPO2
PED-3
114
ECG
200
60
18
RF
100
15
15s
1
**
100
FREQ 115
SPO2
101
86
%