



TEMAS DEL FONDO NACIONAL DE RECURSOS

¿Son necesarios más IMAE?



Una discusión con historia

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

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

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

Ya en las actas de la Comisión Honoraria Administradora del año 1985 se encuentra la preocupación por respetar los números mínimos de cirugías que debe realizar un cirujano por año diferenciando las patologías quirúrgicas en adultos y en niños como distintas especialidades. En más de una ocasión, el FNR adoptó medidas (que llegaron incluso al cierre) respecto a los IMAE que no alcanzaban números mínimos de actividad o cuyos resultados no se encontraban dentro de los estándares aceptables. En todas esas circunstancias el FNR asumió la responsabilidad de hacer cumplir las condiciones técnicas de los procedimientos como forma de asegurar a los pacientes que los IMAE en que se tratan reúnen condiciones para un funcionamiento correcto.

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

to de los pacientes y estable desde el punto de vista económico.

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

El marco actual del problema. El número de actos.

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

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

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

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

La distribución de la actividad por IMAE

Si se observa lo que ha ocurrido en los últimos años con los actos del FNR, se encuentra que cada nuevo

IMA se vincula prioritariamente a una institución o un grupo de instituciones a partir de las cuales recibe sus pacientes. Esa atomización del sistema de salud reduce la actividad de cada IMAE y afecta la calidad de sus resultados.

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

El impacto en los resultados

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

Los criterios técnicos que utiliza el FNR

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

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

Se da prioridad a las **solicitudes de IMAE cuyo titular sea una institución de asistencia médica colectiva**. La realización de actos médicos en IMAE pertenecientes a institu-

ciones facilita la continuidad de la asistencia, evita traslados inconvenientes y no genera las incertidumbres que se producen en otros casos respecto a la responsabilidad asistencial sobre los pacientes.

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

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

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

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

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

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

De la mano del tema anterior, resulta que todo IMAE debe presentar una **nómina de especialistas que asegure contar con técnicos experimentados en número suficiente** para la asistencia continuada.

Finalmente, el FNR requiere en todos los casos la **documentación que acredite la habilitación de las instalaciones** donde el IMAE brindará sus servicios. Esto es particu-

larmente relevante en los casos de IMAE no institucionales que arriendan plantas sanatorias.

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

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

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

3. Es potestad del FNR otorgar o no dicha cobertura para lo cual se tendrá en cuenta dónde se radicará el nuevo IMAE, si formará nuevos recursos humanos, si el número de técnicos permitirá otorgar asistencia continua y segura, si la experiencia de los mismos es suficiente, si se respetarán los números mínimos de actividad de cada IMAE y de cada técnico, si se genera riesgo de inducción de demanda y si se cuenta con las habilitaciones correspondientes.

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

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

099 69 77 65 - Servicio de información exclusivo para médicos las 24 hs.
 Visite nuestra página web - www.fnr.gub.uy

COMISION HONORARIA ADMINISTRADORA DEL FONDO NACIONAL DE RECURSOS

Presidente de la Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos
Ministro de Salud Pública - Dr. Conrado Bonilla
 Presidente alterno - Dr. Homero Bagnulo

Representante del Ministerio de Salud Pública
 Dr. Roberto Masliah - Cr. Dante Giménez -
 Dr. Hugo Bertullo (alterno) - Soc. Joaquín Serra (alterno)

Representante del Ministerio de Economía y Finanzas
 Lic. Stella Cigliutti
 Cr. Gerardo Saxlund (alterno)

Representante de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (U.M.U.)
 Sr. Hércules Mazzucchelli - Esc. Filiberto Ginzo Gil (alterno)

Representante de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (F.E.M.I.)
 Dr. Daniel Barrios

Director General
 Cr. Alberto Sayagués

Representante de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (plenario)
 Dr. Natalio Blankleider
 Dr. Antonio Durán (alterno)

Director Técnico Médico
 Dr. Alvaro Haretche

Representante de los Institutos de Medicina Altamente Especializada
 Sr. Mario Medina
 Sr. Juan Carlos Mira (alterno)

Directora Técnica de Auditoría
 Cra. Regina Pardo

Representante del Banco de Previsión Social
 Cr. Hugo Lacurcia
 Cr. Alberto Conde (alterno)

Editora - Lic. Selva Andreoli
 Responsable De RR.PP.
 y Prensa del F.N.R.