

GESTIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE ALTA ESPECIALIZACIÓN MÉDICA EN URUGUAY⁽¹⁾

Dr. Alarico Rodríguez*
Dra. Graciela Fernández**
Dr. Álvaro Haretche***

Resumen

El objetivo del presente artículo es describir el sistema de gestión implantado en el Fondo Nacional de Recursos (FNR), institución en la que los autores desarrollan su trabajo profesional. El sistema de gestión descrito es el estado actual de un proceso que aún está en curso y que lleva varios años de evolución.

Ante el progresivo desfinanciamiento que comprometió la viabilidad de la institución, se implementaron intervenciones que determinaron cambios estructurales en la gestión. El objetivo ha sido fortalecer la

toma de decisiones vinculadas a la autorización de cobertura, procurando que las indicaciones se ajusten a la evidencia científica, que sean oportunas, tengan en cuenta la calidad de vida de los pacientes y la evaluación de riesgo.

El sistema implantado constituye una variante original de un Sistema de Gestión de la Utilización, a través de la revisión continua, permanente y concurrente del uso de los procedimientos cubiertos financieramente por el FNR.

Palabras clave: gestión de utilización; financiamiento sanitario; utilización de servicios sanitarios.

Antecedentes

El FNR es una institución creada por ley⁽¹⁾, con carácter de persona pública no estatal, para facilitar el acceso de toda la población del país a un conjunto de prestaciones médicas consideradas como de alta especialización y alto impacto económico.

El texto reglamentario define la medicina altamente especializada como 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. A lo largo de sus 27 años de existencia, el FNR utilizó la potestad que le otorga la ley para resolver con bastante autonomía la inclusión de nuevas técnicas y sólo recientemente se han adoptado resoluciones para exclusión de algunas de ellas por considerar que no reúnen las condiciones establecidas por la definición de referencia.

Los fondos con los cuales el FNR paga los actos médicos que realizan provienen del reintegro del Ministerio de Economía y Finanzas por los actos médicos realizados a pacientes del MSP – 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 (IAMC) y otros seguros asistenciales, que transfieren

el aporte mensual de sus afiliados; el aporte del Banco de Previsión Social (BPS) por los afiliados a las IAMC a través de la seguridad social, más el reintegro por los actos médicos realizados a pacientes con patologías congénitas; el reintegro de Sanidad de las Fuerzas Armadas por los actos médicos realizados a sus beneficiarios; el producido del gravamen de un 5% sobre los premios a abonar a consecuencia de los aciertos producidos en determinados juegos de azar regulados por el Estado.

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 de cubrir un porcentaje del costo.

El FNR es administrado por una Comisión Honoraria Administradora (CHA) compuesta por nueve miembros que representan al sector público y al sector privado. Entre los representantes del sector privado se encuentra una delegación de los prestadores: Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE).

El personal del FNR (incluidos los órganos de dirección) deben presentar anualmente una declaración jurada de incompatibilidades detallando sus actividades profesionales y laborales y las de sus familiares directos. El mismo requisito se aplica a los integrantes de los grupos de evaluadores médicos y ateneos (asesores

no dependientes).

Buena parte del personal se desempeña en régimen de dedicación exclusiva (sólo compatible con actividad docente), lo que es un requisito en varios cargos médicos.

Los actos médicos cubiertos por el FNR se realizan en los IMAE. Si

bien éstos pueden ser públicos o privados, en los hechos la mayor parte se ubica en el ámbito privado (IAMC). 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
1996	96	11	85	75	21
2001	102	11	91	80	22
2005	116	15	101	91	25

Adaptado de cuadro de evolución de IMAE, en “Equidad, Calidad y Sustentabilidad en Salud. Publicación Técnica N°1” *Fondo Nacional de Recursos* (2006)

Los pacientes tienen derecho a elegir el IMAE donde desean ser tratados, con independencia de la institución pública o privada donde se asisten, aunque en algunos casos las instituciones restringen esa libertad. La elección debe quedar documentada en un “consentimiento informado”.

Todos los beneficiarios de servicios de salud públicos o privados aportantes al sistema residentes en el país (lo que constituye prácticamente la totalidad de la población) pueden acceder a la cobertura de actos médicos mediante el FNR. Para ello, la dirección de su centro de asistencia

debe remitir una solicitud de autorización de cobertura, acompañando la documentación clínica y paraclínica prevista en los protocolos establecidos para cada técnica. Una vez obtenida la autorización, el paciente será asistido en el IMAE que haya elegido.

El FNR paga a los IMAE por cada acto realizado. Existen tablas de precios que incluyen gastos, honorarios y amortizaciones, por fuera de los cuales sólo se pagan algunos dispositivos que se financian por separado (marcapasos, cardiodesfibriladores, válvulas cardíacas, stents, entre otros). Si bien los precios de

los dispositivos están sometidos a un régimen de competencia mediante llamado público, los aranceles de los actos médicos constituyen precios administrados por fuera de la competencia y son acordados periódicamente entre los prestadores y los ministerios que forman parte del FNR.

El mercado de salud. La teoría de la inducción de demanda

El mercado de la salud tiene particularidades que lo hacen diferente a otros mercados y su conocimiento es imprescindible para la gestión de las instituciones. Precisamente, se ha creado una disciplina, la Economía de la Salud, que analiza los sistemas sanitarios mediante la aplicación de métodos cuantitativos, con el objeto de extraer conclusiones fundamentadas y proponer medidas de política sanitaria.

Las referencias de la literatura sobre economía de la salud muestran, entre otras cosas, cómo la relación médico-paciente puede ser racionalizada económicamente bajo hipótesis de incertidumbre, diferenciado los bienes salud y asistencia sanitaria, centrando el estudio en esta última⁽²⁾.

Asimismo, el análisis de la demanda y la utilización de servicios sanitarios representa un aspecto clave de la investigación para la gestión de servicios de salud. La importancia

de estudiarlas radica en la identificación de aquellos factores que tienen mayor relevancia sobre el aumento experimentado en las últimas décadas, así como de los que provocan diferencias en la utilización. Este aumento ha determinado que el gasto sanitario sea uno de los que ha experimentado mayor crecimiento a nivel mundial.

Uno de los supuestos básicos de la teoría sobre demanda, es el de información perfecta de los consumidores sobre precios, cantidad y calidad. Obviamente, la información nunca es perfecta en el mundo real, pero en los mercados sanitarios además existe asimetría de información entre consumidores y proveedores, lo que confiere a éstos un papel muy activo en la determinación de la demanda.

Los enfoques teóricos susceptibles de aplicación al análisis de la demanda y utilización de servicios de salud son dos: 1) teoría tradicional del consumidor, considerando al individuo como el principal agente para determinar la demanda de servicios sanitarios, condicionado por la organización del sistema^(3,4), y 2) los modelos principal-agente, en los que el médico, como agente del paciente, determina la cantidad de servicios médicos utilizados en nombre del paciente (principal)⁽⁵⁾.

Cuestiones relativas al incumplimiento de ciertos supuestos básicos de estos modelos, como el de

inducción a la demanda, hacen muy complejo el análisis de estos dos enfoques.

La teoría de la demanda inducida (DI) asume que los proveedores disponen y emplean su información para influir sobre la demanda en su propio interés. El argumento fundamental establece que el aumento de la oferta conlleva un desplazamiento de la demanda a través del efecto de inducción, motivado por la influencia que los médicos ejercen sobre los pacientes para que éstos la incrementen. Esta correlación es consistente con el análisis económico tradicional, ya que un aumento de la oferta produce un aumento de la cantidad de equilibrio, independientemente de que la demanda se desplace⁽⁶⁾.

Desde el punto de vista teórico, se han desarrollado tres modelos para explicar la noción de DI en un contexto de mercados: modelo de mercado competitivo con rigidez de precios, modelo de renta-objetivo y modelo de desutilidad.

El primero de ellos, aunque no ha recibido demasiada atención en la literatura, justifica la inducción de la demanda porque los precios no se ajustan rápidamente a cambios en la oferta y la demanda. Dicha evidencia fue obtenida para los servicios médicos⁽⁷⁾ y quirúrgicos⁽⁸⁾ norteamericanos. El modelo de renta-objetivo se ha empleado para explicar cómo aumentos en la disponibilidad del

personal médico han provocado efectos contrarios a los esperados en los precios de las consultas⁽⁹⁾. El modelo basado en la idea de desutilidad⁽¹⁰⁾, explica cómo se alcanza el nivel de inducción y la renta de equilibrio. Un aspecto clave de este modelo es asumir que los médicos prefieren no inducir demanda, por lo que su grado de influencia sobre la misma le genera cierto malestar, aunque este malestar se compensa con las ganancias de renta que la inducción supone. Este modelo, a diferencia de los anteriores, limita la capacidad del médico a incrementar la demanda⁽¹¹⁾, concretamente hasta el punto en el que la utilidad marginal obtenida por el aumento de la renta sea igual a la desutilidad marginal provocada por el trabajo adicional y por su poder de influencia.

La importancia que se ha concedido a la noción DI se debe, fundamentalmente, a los resultados de numerosas investigaciones empíricas que han obtenido una elevada correlación positiva entre la disponibilidad de servicios médicos y hospitalarios, medida tradicionalmente por las tasas médicos/población o camas/población, y las tasas de utilización.

Además del aumento considerable de la demanda o utilización de los servicios de salud, se ha atribuido el incremento del gasto sanitario a la incorporación de tecnologías más costosas. Si bien el cambio tecnológi-

co, que ha afectado y afectará al mercado de la salud en el futuro, influye en los costos, ya sea reduciéndolos cuando se mejora la productividad de los recursos sanitarios, o en forma más realista, aumentándolos⁽¹²⁾; su contribución al aumento del gasto sanitario es limitado. El mismo se ha cuantificado en la literatura, explicitando los factores que contribuyen al incremento del gasto: el porcentaje de variación no explicado por el envejecimiento de la población, el incremento de la renta y de la cobertura sanitaria, la demanda inducida por la oferta y la productividad de los factores, es el que se atribuye al efecto del cambio tecnológico⁽¹³⁾.

Precisamente, todos esos factores son los considerados como los determinantes del aumento de la demanda y utilización de servicios sanitarios⁽¹⁴⁻¹⁹⁾.

Contribuyen al problema, fenómenos que son inherentes a la práctica médica, y que han sido profusamente estudiados: la variabilidad^(20,21) y la incertidumbre^(22,23).

La existencia de variaciones de la práctica médica puede ser indicador de ineficacia en la asignación y gestión de los recursos, de utilización de procedimientos inefectivos y de inequidad en el acceso a procedimientos útiles. Todo ello conduce a la pérdida de la credibilidad del médico que no aplica ante cada problema de salud, el conocimiento científico

basado en la mejor evidencia disponible^(24,25). La calidad y la eficiencia son difícilmente compatibles con altas tasas de variabilidad⁽²⁶⁾.

En este complejo contexto de interrelaciones económicas, características peculiares de la atención médica y respuestas humanas, los mecanismos de pago a prestadores son una de las herramientas de que dispone el sistema para abordar el problema de la relación de agencia imperfecta, minimizando el efecto de la información asimétrica e intentando condicionar que la mejor opción para el agente sea alinear sus objetivos con los del principal.

Adicionalmente, los mecanismos de pago constituyen incentivos económicos cuyo uso adecuado es fundamental en un sector de recursos finitos, en el cual es primordial el mejor aprovechamiento de los recursos invertidos. Afectan fundamentalmente a cuatro actores: la infraestructura sanitaria, los profesionales de la salud, los pacientes y los aseguradores o pagadores. Cada uno de estos actores tiene objetivos o intereses propios que podrán coincidir o no con los de los otros.

El sistema de pago a prestadores es uno de los componentes más importantes de las relaciones contractuales entre los agentes de los sistemas de salud. Constituye, además, una cuestión relevante para algunos

de los principales criterios de valoración de un sistema, como la eficiencia y la calidad, dado que pueden afectar a la forma de ejercicio de la medicina, al trato al paciente, etc.

El análisis de los sistemas no puede realizarse sin considerar los mecanismos de financiamiento. Los individuos o beneficiarios son los últimos financiadores del sistema a través del pago de cotizaciones sociales, impuestos generales, primas de seguros o pagos directos a proveedores. El intermediario financiero (asegurador) actúa como agente de retención de los aportes del usuario y paga a los prestadores.

El sistema de reembolso refiere a la relación monetaria entre el asegurador y el proveedor de servicios y debe analizarse desde dos dimensiones: la unidad de pago, es decir, cuáles son los servicios que se incluyen en ese pago, y la forma en que se distribuyen los riesgos financieros entre comprador y vendedor. Habrá mayor incentivo a la eficiencia en tanto mayor sea el nivel de agregación de los servicios incluidos en el pago. En cuanto a los riesgos financieros, se relacionan con la fijación de tarifas para cada unidad de pago: cuanto mayor sea la variabilidad de costos para una tarifa dada, mayor riesgo se trasladará a proveedor o financiador⁽²⁷⁾.

El diseño de un sistema óptimo de financiación pasa necesariamente

por escoger un valor para cada vector: unidad de pago y riesgo. Los sistemas de pago o fórmulas de remuneración en que se organiza la compensación económica, normalmente monetaria, que recibe un prestador sanitario por la atención a un paciente o grupo de pacientes (los incentivos no son solo económicos y muchas veces los no económicos son particularmentepreciados por el individuo), se pueden clasificar básicamente en tres formas “puras” con una importante gama de combinaciones. Se trata del pago por salario, pago por capitación y pago por prestación o acto.

Desde un punto de vista normativo, en el análisis de los sistemas de pago sería deseable una distribución de riesgos que atribuyera al prestador los riesgos derivados del mayor o menor grado de eficiencia que alcance en el suministro de los servicios.

Deberían diseñarse tarifas con intervalos que cubrieran las variaciones de costos justificables. Una desacertada distribución de riesgos entre financiador y prestador puede tener grandes inconvenientes. No castigar suficientemente variaciones injustificables de los costos supone destruir incentivos a favor de la eficiencia y estimula la manipulación de riesgos. Por el contrario, no reembolsar suficientemente ciertos costos justificables sistemáticos, puede originar problemas importantes en términos de selección de riesgos⁽²⁸⁾.

Es difícil hallar la frontera que separa las variaciones injustificables, debidas a ineficiencias, de las justificables. Estas están fuertemente relacionadas con la heterogeneidad del producto sanitario y sus causas que dan generalmente fuera del control del prestador. Estas variaciones pueden provocar problemas importantes de injusticia en la distribución de los recursos, problemas de eficiencia y reacciones orientadas hacia la selección de riesgos.

Los incentivos económicos no son los únicos, y en ocasiones, los no económicos son de extraordinario peso. Es posible identificar tres tipos de incentivos personales: materiales (usufructo del puesto de trabajo con derecho a un ingreso determinado pasible de modificar), morales (reconocimiento al esfuerzo, prestigio profesional que brinda una organización, etc.), de promoción (expectativas de ascensos). Aunque los incentivos morales y de promoción son importantes deberán necesariamente combinarse con incentivos materiales a riesgo de perder efectividad.

El mercado de salud en Uruguay. Demanda y utilización de las prestaciones financiadas por el FNR

El mercado de salud en Uruguay y la utilización de los procedimientos financiados por el FNR ha tenido

una evolución determinada por los mismos factores que el mercado de salud en el resto del mundo.

Diferentes informes de auditorías realizadas entre 1998 y 2001 señalaron que los egresos del FNR evolucionaron notablemente hacia el crecimiento sin evidenciar el comportamiento esperable de un mercado que atiende una demanda previamente insatisfecha. Muy por el contrario, desde su creación el FNR financió un número de prestaciones que aumentó en forma exponencial y continua, con tendencia superior a la de muchos países que paradójicamente presentan indicadores en salud mejores a los de Uruguay.

En 1998, la auditoría realizada por Tea, Deloitte & Touche dejó planteado el problema de la falta de evaluación de tecnologías y la necesidad de rever las técnicas incluidas en la cobertura del FNR. Se establecía la necesidad de evaluar las técnicas en base a parámetros objetivos de costo-eficiencia, aplicando principios de Medicina Basada en Evidencia y se abogaba por un abordaje multidisciplinario del tema⁽²⁹⁾.

Al analizar las causas del incremento en la demanda se debe tener en cuenta la situación demográfica y epidemiológica del país y en particular el envejecimiento progresivo de la población. No obstante, el informe de auditoría de William Mercer S.A. de 2001, demuestra mediante el es-

tudio de las tasas de utilización por grupos de edad, que el aumento en la demanda no puede explicarse totalmente por estos factores “duros” sino que existen otras causas que inciden fuertemente⁽³⁰⁾.

Entre los fundamentos razonables para explicar este comportamiento, debe tenerse en cuenta la inducción de demanda que surge de la presencia de un agente que funciona como tercer pagador o “financiador seguro”. Como se ha descrito, los mecanismos de pago influyen como un elemento que estimula o desestimula la DI. Dado que la mayoría de los IMAE funcionan en IAMC, el FNR adquiere un rol relevante en el aporte de ingresos para el sistema IAMC.

Adicionalmente, el sistema de pago por intervención o por acto que utiliza el FNR desestimula el desarrollo de políticas de prevención que redundarían finalmente en una disminución de ingresos.

Durante años, posicionado en esta relación de agencia imperfecta, el FNR no implementó una política agresiva de control sino que mantuvo una actitud débil frente a los proveedores. Esta postura contribuyó al aumento exponencial y continuo del número de prestaciones financiadas.

Este proceso, que en general no tuvo justificación técnica, puso en evidencia importantes debilidades en el diseño y en la gestión. Todo el riesgo era de cargo del agente fi-

nanciador, mientras no existía una preocupación evidente por controlar la calidad de la asistencia. La necesidad de redefiniciones significativas se transformó en un imperativo para la institución.

Si bien no se han modificado los incentivos configurados en el diseño original del sistema (que se mantiene incambiado), ni en los mecanismos de pago (más adelante se desarrollan proyectos de cambio en este sentido), se introdujeron mecanismos de control y seguimiento que pueden considerarse exitosos en cuanto a controlar la demanda⁽³¹⁾. Las características propias del sistema instaurado se exponen a continuación.

Fundamentos de un sistema de gestión de la utilización

El objetivo principal del sistema de gestión implantado, ha sido fortalecer el proceso de toma de las decisiones vinculadas a la autorización de cobertura, procurando 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.

Es posible definirlo como una variante original o uruguaya de un **Sistema de Gestión de la Utilización** a través de la revisión continua, permanente y concurrente del uso.

El sistema atiende lo que se ha dado en llamar las cuatro “E”: equidad, eficacia, efectividad y eficiencia,

las que, junto a la calidad, han sido los criterios más utilizados para evaluar los sistemas de salud.

La equidad es ofrecer similar recurso frente a la misma necesidad. Su primera condición es garantizar igual accesibilidad para todos. No es sólo una relación numérica ya que implica acceso a procedimientos efectivos y de igual calidad.

La eficacia mide el efecto de una técnica o procedimiento utilizado en condiciones ideales⁽³²⁾. Se emplea para definir la probabilidad de que un individuo se beneficie de la aplicación de una tecnología sanitaria.

La efectividad se orienta en el mismo sentido pero bajo condiciones reales de aplicación de la tecnología (sus resultados tienen limitada su validez externa y no pueden ser generalizados). Siguiendo esta terminología, se ha definido la calidad como la reducción de las diferencias entre eficacia y efectividad atribuible a la atención médica⁽³³⁾.

La eficiencia es la relación existente entre los recursos destinados a una intervención sanitaria y la efectividad de la misma.

Los incentivos negativos descritos, que explican la existencia de áreas de ineficiencia en el sistema, han sido favorecedores de la utilización inapropiada. La utilización es apropiada cuando se provee un servicio que debe ser provisto o a la inversa (la adecuación es un prerrequisito de la

eficiencia). La utilización inapropiada puede definirse como el empleo de tecnología de eficacia demostrada en situaciones en que no es efectiva.

La peculiar relación entre eficacia, efectividad y eficiencia en la atención médica, propicia la relación que existe entre reducción del uso inapropiado (inefectivo) y mejora de la eficiencia⁽³⁴⁾.

Dado que existe una clara relación entre accesibilidad a recursos adecuados y ética profesional, el modelo de gestión se ha implementado atendiendo a la ética profesional.

El sistema instaurado busca economías internas en una estrategia de racionalización del gasto, objetivo común a todos los sistemas de gestión, sin disminuir la calidad de los servicios y la accesibilidad a los mismos⁽³⁵⁾. Es así que en los Protocolos de Adecuación Hospitalaria españoles, se reconoce como responsabilidad de los centros de salud, desarrollar modelos de gestión que permitan una oferta de servicios de calidad eficientes y sostenibles⁽³⁶⁾.

Ante una limitación de las prestaciones sanitarias el principio o “regla del mal menor”⁽³⁷⁾ exige: eficacia en la gestión de los recursos para evitar que la ineficacia conduzca a la injusticia; negación de acceso a los procedimientos ineficaces dado que, en virtud del principio de justicia distributiva nunca hay obligación moral de proporcionarlos; garantía de dis-

ponibilidad de los procedimientos eficaces; racionamiento estableciendo prioridades.

El sistema de gestión del FNR, al igual que los programas de gestión de la utilización conocidos internacionalmente, es un conjunto de técnicas que permiten al financiador gestionar los costos asistenciales, influyendo sobre la toma de decisiones clínicas a través de la evaluación de la pertinencia (*appropriateness*) de los cuidados prestados en cada caso individual, paciente a paciente^(38,39). Se fundamenta en la existencia de incentivos negativos, en la variabilidad de la práctica médica, en la reducción de cuidados innecesarios, entre otros.

Los programas de revisión de la utilización manejan criterios explícitos y exploran las razones del uso inadecuado, permitiendo identificar factores relacionados con el paciente, problemas del sistema asistencial y actitudes de los médicos que condicionan el uso eficiente de los recursos. La revisión del uso adecuado se pregunta por la proporción de los recursos que se destina a pacientes que no los requieren (reserva latente)⁽⁴⁰⁾.

El objetivo de la revisión de la utilización es reducir la atención médica innecesaria, manteniendo la accesibilidad a cuidados de alta calidad. Estos programas de revisión y gestión de la utilización^(41,42), son considerados herramientas para la mejora de la eficiencia del sistema sanitario; re-

presentan un proceso de valoración de la idoneidad y eficiencia de la asistencia, que en el mundo suele aplicarse a través de la historia clínica⁽⁴³⁾ y mediante criterios explícitamente definidos. Su objetivo es valorar la eficiencia del proceso asistencial y determinar si las decisiones fueron adecuadas⁽⁴⁴⁾.

Las técnicas de revisión de la utilización más conocidos y utilizados por diferentes financiadores son⁽⁴⁵⁻⁴⁷⁾:

a) Incorporación de médicos de familia como puerta de entrada a la atención especializada (*gate-keeping*), constituyendo un filtro de acceso al sistema para mejorar la adecuación del uso de la atención especializada.

b) Los programas de segunda opinión en cirugía electiva: una vez indicada una intervención, se recaba el parecer de otro cirujano que confirma o cuestiona el diagnóstico y la recomendación del primero.

c) La gestión por casos (*case-management*) que son planes de cuidados individualizados bajo la responsabilidad de un gestor.

d) La planificación del alta (*discharge-planning*) buscando de forma activa y precoz aquellos pacientes que por sus características (problemática social, familiar, déficit de recursos, etc.) pueden demorar la salida del hospital (*bed-blockers*), intentando modificar esas condiciones y actuando por adelantado.

e) La revisión de la utilización

(utilization-review), incluyendo la autorización previa a la prestación, la revisión del uso inapropiado de procedimientos médico-quirúrgicos, de la hospitalización y de fármacos o pruebas diagnósticas. Se ha definido^(48,49) como la aplicación de criterios explícitos o juicios de expertos con el objetivo de evaluar la eficiencia del proceso asistencial, la pertinencia de la indicación de procedimientos médico-quirúrgicos, el nivel asistencial donde se han prestado, la frecuencia de la atención y la programación de la asistencia prestada.

Según el momento de la revisión, puede realizarse antes del ingreso (preadmission review), durante la estancia (concurrent review), o tras el alta (retrospective review).

Las intervenciones realizadas en el FNR han intentado evitar el uso inadecuado de las prestaciones financiadas. Los métodos de identificación de uso inadecuado que están disponibles en la literatura fueron contruidos para la actividad hospitalaria y no para la etapa de diagnóstico. Utilizan dos variables dominantes: el estado clínico del paciente y la intensidad de los servicios médicos y de los cuidados de enfermería que requiere. Los más conocidos son: Level of Care (Holloway,1976); Standardized Medreview Instrument (SMI)⁽⁵⁰⁾; Intensity-Severity- Discharge Criteria Set (ISD); Oxford Bed Study Instrument (OBSI) en el Hospital John Radcliffe

de Oxford; Delay Tool (DTO)⁽⁵¹⁾, desarrollado en el New England Medical Center de Boston⁽⁵²⁾; y el más utilizado, el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP),^(44,53-55). Este último es un instrumento de dominio público y ha sido objeto de varias evaluaciones independientes mostrando alta validez y fiabilidad. No juzga la indicación o actuación médica sino el nivel asistencial en que esta asistencia se presta⁽⁵⁶⁾. El AEP no permite establecer conclusiones acerca de la eficiencia de los servicios ni puede realizar juicios sobre la buena praxis en casos individuales.

En la bibliografía se encuentran referencias a la prestación de servicios inadecuados⁽⁵⁷⁾. Se identificaron dos publicaciones metodológicas sobre revisión de la utilización en España [Bañeres⁽⁵⁸⁾ y Meneu⁽⁵⁹⁾] en las que se señala que aún eran poco conocidas las aplicaciones prácticas en gestión clínica y hospitalaria. La primera publicación es del año 1990 y la segunda de 1997.

Descripción del sistema de gestión de la utilización de las prestaciones financiadas por el FNR

La primera condición para implantar un sistema integral de gestión fue dotar al FNR de un cuerpo de **normativas técnicas** que permitan fundamentar las decisiones. Estas

normas incluyen el listado de indicaciones que contarán con la cobertura financiera del FNR, siempre que se reúnan determinadas condiciones que se especifican. No constituyen un protocolo técnico sino un “pliego de condiciones” que se deben reunir para que sea exigible el derecho de cobertura. No se trata de normas de indicaciones sino de normas de cobertura.

Las normativas fijan los límites de la cobertura del FNR. Se determinan los casos en los cuales los IMAE no deben solicitar nuevas autorizaciones ya que se entiende que la responsabilidad de aquél sobre tratamientos ya comenzados, no caduca. De esta forma se tiende a modificar un eventual incentivo hacia la 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 los riesgos que se derivan del mismo, por lo cual no podrá transferir gastos adicionales.

Las normativas establecen que el FNR podrá 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.

En ese sentido, las normativas se han vuelto un instrumento apropiado para armonizar las obligaciones de los distintos actores que normalmente se involucran en el proceso asistencial de cada paciente, permitiendo reclamar su cumplimiento. Su ausencia ha generado durante mucho tiempo un incentivo no explícito tendiente a derivar la asistencia hacia la cobertura del FNR relevando a las instituciones de obligaciones y costos alternativos, incluso en detrimento de la atención oportuna de los pacientes.

Las normas no sustituyen el estudio y toma de decisiones “caso a caso” sino que le dan respaldo y la hacen previsible. Una vez que los médicos del FNR analizaron la documentación enviada como respaldo a la solicitud de cobertura, se debe establecer si las condiciones específicas del paciente lo ubican dentro de las indicaciones cubiertas.

Control de vigencia de los derechos de cobertura: Las instituciones que solicitan cobertura para alguno de sus beneficiarios deben acreditar que el paciente tiene derechos vigentes. Este extremo es verificado mediante el control de documentación de identificación, a lo que se ha adicionado recientemente la consulta electrónica a las bases de usuarios. De esta forma se pretende contrarrestar el incentivo implícito a

que los pacientes sean incorporados a los registros, y, por lo tanto, comiencen su aporte, luego que se conoce su riesgo de requerir cobertura. 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.

Todos los datos aportados con las solicitudes de cobertura son ingresados en un **sistema centralizado de información**. El sistema permite conocer la información sobre condiciones del paciente y los resultados de los estudios que se le hicieron, otros actos cubiertos, eventuales complicaciones y cada uno de los controles de seguimiento que se realizan.

Existen parámetros objetivos que permiten detener el ingreso de un formulario de solicitud si faltan datos considerados “requeridos”. Esta definición permite mantener un nivel suficiente de información en las historias ingresadas.

Los pacientes para cuyo tratamiento se solicita cobertura, son visitados por un médico evaluador en el marco de un “**sistema de segunda opinión médica**”. Este médico evalúa al paciente en domicilio o en internación y emite un dictamen de asesoramiento que es tenido en cuenta en el momento de adoptar una resolución. Este mecanismo ha tenido al menos dos efectos: mejoró la calidad de la información en base a la cual se toman las decisiones y redujo

márgenes de interpretación al momento de presentar y fundamentar solicitudes generando un mecanismo de autocontrol.

Salvo excepciones, los médicos evaluadores no son de las mismas especialidades que evalúan, lo cual fue fuertemente reclamado por los grupos médicos objeto del control. La decisión original se mantuvo como forma de preservar la independencia de los evaluadores y de remarcar el carácter “integral” de la evaluación de la condición general de salud de los pacientes. Los médicos evaluadores emiten un informe de asesoramiento que no tiene carácter de autorización y están impedidos de formular ante el paciente cualquier tipo de consideración respecto al tratamiento que se haya solicitado. De esta forma se procura evitar interferencias con la asistencia del paciente remarcando la distinción entre el rol de los médicos tratantes y el del organismo financiador. 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.

Los médicos que realizan evaluaciones actúan como integrantes de grupos contratados y el FNR remunera a cada grupo por paciente visto con informe emitido. Existen plazos máximos para el ingreso de las evaluaciones, con sanciones pecuniarias

para los casos de incumplimiento. En el año 2006 se evaluó el 80% de las solicitudes de cobertura.

Reunida toda la documentación, incluyendo el informe de 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. Para tomar su decisión, el médico cuenta con la información clínica y paraclínica que ha sido ingresada al formato electrónico, la documentación en papel con todos los documentos enviados, resultados de exámenes, imagenología, etc. y el informe de la evaluación médica 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.

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 15% de las solicitudes. El ateneo puede ponerse en contacto con el paciente o citar al médico tratante si

lo entiende necesario.

Los criterios para disponer la derivación de una solicitud a alguno de los **Ateneos Médicos** están establecidos con carácter general, pero los médicos pueden enviar otras solicitudes si lo entienden necesario. El objeto de este mecanismo es reforzar el análisis en algunos casos que lo requieren en virtud de condiciones de los pacientes. Al igual que los médicos evaluadores, los ateneos tienen un carácter asesor y no sustituyen la responsabilidad del FNR de adoptar resolución. Existen diversos ateneos que se reúnen periódicamente, diferenciados por especialidad. Todos ellos están integrados por médicos del FNR y especialistas externos convocados a esos efectos.

Los ateneos tienen un rol significativo en cuanto a orientar a los médicos tratantes, y en algunos casos directamente a los pacientes, respecto a la necesidad de 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 las técnicas cubiertas por el FNR son invasivas, lo que supone la existencia de riesgos de complicaciones, cuya probabilidad puede ser estimada para cada caso. Cuando están disponibles, el FNR utiliza las tablas de “score de riesgo” que se aplican en centros médicos de referencia.

Los médicos que integran los ateneos son convocados como profesionales independientes y cobran honorarios profesionales por cada solicitud analizada y resuelta.

Existen los siguientes ateneos para asesoramiento en esta etapa: ateneo cardiológico para las solicitudes de cobertura para cirugía coronaria y recambio valvular; ateneo para las solicitudes de cobertura para angioplastia en pacientes con indicación dudosa de acuerdo a la normativa; ateneo para las solicitudes de cobertura para implante de prótesis en pacientes con factores de riesgo; 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.

En los casos en que se considere necesario, se coordina el ingreso del paciente a alguno de los programas de **Control de factores de riesgo**. La utilización de procedimientos terapéuticos en detrimento de las acciones preventivas así como la adop-

ción de conductas intervencionistas incluso en casos de riesgo elevado de complicaciones, constituyen los incentivos más negativos para el costo del sistema y su estabilidad.

Esta incorporación de los pacientes a programas preventivos ha encontrado por el momento un apoyo débil por parte de los prestadores y su funcionamiento es todavía muy dependiente de la acción del FNR.

El FNR tiene previstos mecanismos que permiten el **control de reiteración de actos**, así como las **tasas de utilización** de este financiamiento por parte de las instituciones aportantes.

Si bien por el momento no se han adoptado medidas correctivas para los casos que se desvían de los promedios esperados, estos mecanismos están orientados a la misma finalidad de contrarrestar incentivos hacia la sobreutilización.

En base a lo propuesto por el médico del FNR y a las consideraciones que resultan de estos análisis adicionales, se emite un documento de autorización de cobertura financiera que puede incluir restricciones.

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 y un médico se comunica con el paciente y explica el motivo por el cual se entiende que no es conveniente emitir esa autori-

zación de cobertura. El porcentaje de solicitudes no autorizadas fue de 5,6% en el año 2005.

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

En esta instancia, personal médico del FNR revisa caso a caso la documentación enviada, evalúa las condiciones en que se realizó el acto, compara con los datos médicos informados en el momento en que se solicitó autorización, compara con lo informado por los proveedores de dispositivos y, si se entiende necesario, eleva alguno de los casos a consideración de un ateneo o de evaluadores externos. Existen criterios para evaluar si corresponde el pago del arancel y en qué condiciones.

La actuación del control médico en esta etapa culmina con la habilitación del pago, en el cual pueden introducirse algunos descuentos.

En términos generales, la función del control médico de realizaciones consiste en evaluar si el procedimiento efectuado alcanza las condiciones comprometidas que están descritas en las normativas del FNR y están cuantificadas en las funciones de producción que se utilizan para la determinación de los aranceles.

En caso que la descripción del

acto realizado presente diferencias sustanciales con lo previsto, se ajusta 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 los catéteres utilizados 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.

En relación con los dispositivos, se procede al descuento de aquellos 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 marca-paso 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.

En los casos en que el paciente fallece, 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.

Un cambio significativo en la gestión del FNR lo constituyen los **programas de prevención y control de factores de riesgo**. 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.

La falta de acciones de estas características constituía un incentivo notorio hacia el intervencionismo y el desfinanciamiento. Actualmente el FNR considera que parte de su función de administrador es adoptar una postura activa para bajar el riesgo de que ocurran nuevos eventos cuyo tratamiento ha sido puesto bajo su cobertura, por eso estos programas deben ser entendidos no sólo como medicina preventiva, que lo son, sino esencialmente como “**de administración del riesgo**” del FNR.

Se aplican a la evolución de la enfermedad vascular aterosclerótica 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 postprocedimientos, cuya ocurrencia ocasiona costos al FNR y perjuicios a los usuarios del sistema de salud: control y abatimiento de los factores de riesgo de la enfermedad vascular aterosclerótica en los pacientes coronarios que ya fueron tratados bajo cobertura del FNR; detección de complicaciones y malos resultados en los actos cubiertos por el FNR en el área cardiovascular y traumatológica; vigilancia de reacciones pirogénicas y otras complicaciones en pacientes cubiertos en tratamiento de hemodiálisis; control de la programación de marcapasos implantados y de la situación en que se encuentran los dispositivos para cuyo recambio se solicita cobertura financiera; control de la actividad de cardiodesfibriladores implantados y pertinencia de los recambios; 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; control y abatimiento de los factores de riesgo nutricional demostrados en pacientes que aguardan una autorización de cobertura para tratamiento quirúrgico; abatimiento del riesgo de complicaciones infecciosas en pacientes que se encuentran bajo cobertura del FNR mediante programas de vacunación; control y seguimiento del

daño renal en pacientes en riesgo de ingreso a tratamiento dialítico; seguimiento de resultados alejados de los actos médicos.

La modificación significativa de la forma en que el FNR había cumplido anteriormente su rol de financiador de actos ha requerido poner en marcha mecanismos dirigidos a comunicar las nuevas estrategias y fortalecer la relación con otros actores del sistema que tradicionalmente tenían un rol secundario.

Es así que se ponen en marcha actividades dirigidas hacia el cuerpo médico de las instituciones aportantes orientadas a los conceptos de riesgo y capacitación en control de complicaciones. De esta forma se ha procurado modificar los incentivos del sistema a que el FNR se vincule exclusivamente con los prestadores, los cuales tienden a sustituir la figura del médico tratante.

Con la misma finalidad se han implementado programas tendientes a estimular la calidad, mejorar la seguridad de los pacientes y abatir el riesgo de errores. El principal ejemplo en ese sentido ha sido la creación del premio **Paciente Seguro** que se entrega anualmente entre el personal de los IMAE.

Una de las modificaciones de mayor importancia conceptual en el funcionamiento del FNR, si bien aún no ha tenido un efecto práctico sobre los precios, se introdujo con

el desarrollo de una metodología de análisis de costos y determinación de aranceles. Se diseñó una nueva matriz basada en una visión más integral que permitió 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 los puntos de equilibrio, condiciones de la oferta y la demanda y costos discriminados por niveles de eficiencia.

Los estudios han puesto en evidencia los muy bajos niveles de eficiencia del sistema lo que explica, entre otros factores, los incentivos hacia la captación de demanda con la finalidad de mejorar la ecuación económica de las unidades.

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 producción. Estas escalas o volúmenes mínimos de actuación de un servicio no sólo generan mayor pericia y especialización de los recursos humanos 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.

Conclusión

Transcurridos cinco años de funcionamiento del sistema de gestión descrito, se han producido cambios significativos en el número de solicitudes de autorización para cobertura financiera, lo que ha impactado favorablemente sobre las condiciones económicas del sistema. La implantación del sistema fue progresiva e inicialmente generó importantes resistencias por parte de los prestadores. En el momento actual, sin desmedro de las diferencias que se presentan en el análisis de situaciones particulares, las líneas generales del sistema han sido aceptadas por la mayor parte de los actores.

Referencias

1. Las principales referencias del marco normativo que regula al FNR son la ley 16.343 de 24 de diciembre de 1992, el decreto reglamentario 358/993 de 5 de agosto de 1993 y el decreto 348/993 de 3 de agosto de 1993.
2. **Arrow KJ** (1963). "Uncertainty and the welfare economics of medical care" *American Economic Review*, 53: 941-73.
3. **Grossman M** (1972). *The demand for health: a theoretical and empirical investigation*, New York: National Bureau of Economic Research, Columbia University Press.
4. **Grossman, M** (1972). "On the concept of health capital and the demand for health" *Journal of Political Economy*, 80: 223-55.
5. **Zweifel, P** (1981). "Supplier-induced demand in a model of physician behavior. In: J. van der Gaag y M. Perlman (eds.), *Health, Economics, and Health Economics*, Amsterdam: North Holland.
6. **Grytten J, Carlsen y Sorensen** (1995). "Supplier inducement in a public health care system", *Journal of Health Economics*, 14: 207-29.
7. **Stano M, Cromwell, Velky, Saad** (1985). "The effects of physician availability on fees and the demand for doctors services" *Atlantic Economic Journal*, 13 (2): 51-60.
8. **Cromwell J, Mitchell** (1986). "Physician-induced demand for surgery", *Journal of Health Economics*, 5: 293-313.
9. **Rice T, Labelle** (1989). "Do physicians induce demand for medical service?", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 14: 587-600.
10. **Evans R** (1974). "Supplier-Induced demand: some empirical evidence and implications" M. Perlman (ed.), *The economics of health and medical care*, London: Macmillan.
11. **Grytten J, Sorensen** (2001). "Type of contract and supplier-induced demand for primary physicians in Norway", *Journal of Health Economics*, 20: 379-93.
12. **Ortún V** (1998). "Sistema sanitario y Estado del Bienestar: problemas a la vista". In: F. Catalá y E. de Manuel, *Informe SESPAS 1998: La salud pública y el futuro del Estado del Bienestar*, Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
13. **Newhouse JP** (1992). "Medical care costs: how much welfare loss?", *Journal of Economic Perspectives*, 6: 3-24.
14. **Barea J** (1988). "Gasto público en asistencia sanitaria" *Papeles de Economía Española*, 37: 242-54.
15. **Coll P** (1990). "La dimensión del sector sanitario español ayer y hoy: variaciones y causas" *Información Comercial Española*, 681-82: 75-87.
16. **López-Casasnovas G** (1998). "Financiación autonómica y gasto sanitario público en España". *Papeles*

de Economía Española, 76: 2-14.

17. **López-Casasnovas G** (2000).

“La financiación del sistema sanitario español y su incidencia en el gasto: perspectivas macroeconómica, territorial y funcional”, In: F. Antoñanzas, J. Fuster y E. Castaño, *Avances en la gestión sanitaria: implicaciones para la política, las organizaciones sanitarias y la práctica clínica*, Barcelona: Asociación Economía de la Salud.

18. **Murillo C, Calonge, González**

(1997). “La financiación privada de los servicios sanitarios”. In: G. López-Casasnovas y D. Rodríguez (eds.), *La regulación de los servicios sanitarios en España*, Madrid: Civitas.

19. **Alonso J, Herce** (1999). “El

gasto sanitario en España: evolución reciente y perspectivas”. In: G. López, J. Callau (coord.), *Necesidad sanitaria. Demanda y utilización*, Zaragoza: Asociación Economía de la Salud.

20. **McPherson K**. “The best and the enemy of the good: randomized

controlled trials, uncertainty and assessing the role of patient choice in medical decision making”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48:6-15.

21. **Chassin MR, Brook, Park, Keeseey, Fink, Kosecoff, Kahn, Merrick, Solomon**.

“Variations in the Use of Medical and Surgical Services by the Medicare Population”, *New England Journal of Medicine*, 314:285-90.

22. **Eddy, DM**. “Variations in Physi-

cian Practice: the Role of Uncertainty”, *Health Affairs*, 3:74-89.

23. Wennberg J E. “Dealing with medical practice variations: a proposal for action”. *Health Affairs*, 2:6-31.

24. **Alonso P, Rodríguez JM**.

“Ética y variabilidad de la práctica médica”. *Revista de Administración Sanitaria*, Vol. IV, 13. Enero/marzo 2000.

25. **Peiró S, Meneu R**. “Variaciones en la práctica médica: implicaciones para la práctica clínica y la política sanitaria”. *Gaceta Sanitaria*, 11:55-8.

26. **Sevilla F**. “Gestión clínica: la gestión de lo esencial como una estrategia de reforma en el Sistema Nacional de Salud”, *Revista de Administración Sanitaria*, Vol. IV. N° 13.

27. **Buglioli M, Gianneo O, Mieres G**. “Modalidades de pago de la atención médica”, *Revista Médica del Uruguay*; 18: 198-210.

28. Buglioli M, Ortún V. “Sistemas de ajuste por riesgo”, *Revista Médica del Uruguay*, 16: 123-32.

29. Tea Deloitte & Touche (1998), “Fondo Nacional de Recursos”, *Auditoría Externa y de Gestión Técnica y Administrativa*.

30. **William M, Mercer SA** (2001). “Fondo Nacional de Recursos”, *Informe Final*.

31. Fondo Nacional de Recursos (2006). “Equidad, Calidad y sostenibilidad en Salud”. *Publicación Técnica N°1*.

32. **Lázaro P, Pozo, Ricoy**. “Una estrategia de investigación en el siste-

- ma nacional de salud (II)". *Investigación en servicios de salud, Med. Clin. Barc.*, 104:67-76.
33. **Brook R, Lohr K.** "Efficacy, effectiveness, variations and quality, Boundarycrossing research", *Med. Care*, 23:710-22.
34. **Ortún V.** "Incorporación de criterios de eficiencia económica a las decisiones clínicas". *Información Comercial Española*, 681-2:117-30.
35. **Peiro S, Meneu, Rosello, Portella, Carbonell-Sanchis, Fernández, Lázaro, Llorens, Martínez-Mas, Moreno, Ruano, Rincón, Vila.** "Validez del protocolo de evaluación del uso inapropiado de la hospitalización", *Med. Clin. Barc.*, 107(4):124-9.
36. **Asenjo MA, Prat A.** (1993), "Protocolos de adecuación hospitalaria", *Puntexpress. Sanidad*, N° 123.
37. **Gracia D.** "Consideraciones éticas de la gestión sanitaria", *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*, Ed. Masson, Barcelona, 1997.
38. **Chassin MR, Kosecoff, Park, Winslow, Kahn, Merrick, Kee-sey, Fink, Solomon, Brook.** "Does Inappropriate Use Explain Geographic Variations in the Use of Health Care Services? A Study of Three Procedures", *JAMA*, 258:2533-7.
39. **Costas E.** "Las listas de espera", *El País de Madrid*, 2-7-96.
40. **Donabedian A** (1973). "Aspects of medical care administration: Specifying requirements for health care". *Cambridge, MA: Harvard University Press.*
41. **Feldstein PJ, Wickizer, Wheeler.** "Private Cost Containment. The Effects of Utilization. Review Programs on Health Care Use and Expenditures", *New England Journal of Medicine*, 318:1310-4.
42. **Wickizer TM, Wheeler, Feldstein,** "Does Utilization Review Reduce Unnecessary Hospital Care and Contain Costs?", *Med Care*, 27:632-47.
43. **Payne SMC.** "Identifying and managing inappropriate hospital utilization: a policy synthesis", *Health Serv. Res.*, 22:709-69.
44. **Donabedian A** (1982). "Explorations in quality assessment and monitoring: the criteria and standards of quality (Vol. II)". *Ann. Arbor. MI. Health Administration Press.*
45. **Peiró S** (1996). "Utilización inadecuada de la hospitalización: marco conceptual y situación en el País Valenciano". *Tesis doctoral, Universitat de Valencia.*
46. **Peiró S, Meneu R.** "Revisión de la utilización. Definición, concepto y métodos". *Rev. Calidad Asistencial*, 12:122-36.
47. **Navarro G** (1997). "Estudio de la adecuación de los ingresos y las estancias en un hospital de alta tecnología de Barcelona". *Tesis doctoral, Universitat de Barcelona.*
48. **Donabedian A** (1985). "Explorations in quality assessment and monitoring: the methods and findings of quality assessment and monitoring.

An illustrated analysis”, *Ann Arbor, MI; Health Administration Press.*

49. **Shapiro M, Wenger N.** “Re-thinking utilization review”, *NEJM*, 333:1352-4.

50. **Strumwasser I, Paranjpe, Ronis, Share, Sell.** “Reliability and Validity of Utilization Review Criteria, Appropriateness Evaluation Protocol, Standardized Medreview Instrument and Intensity-Severity Discharge Criteria”, *Medical Care*, 28:95-111.

51. **Selker HP, Beshansky, Pauker, Kassirer.** “The Epidemiology of Delays in a Teaching Hospital. The Development and Use of a Tool That Detects Unnecessary Hospital Days”. *Medical Care*, 27: 112-129.

52. **Saldaña ML, Repáraz, Carnicero, Asiain, López y Lorenzo.** “Aplicación del Appropriateness evaluation protocol en un hospital de agudos”. *Gestión Hospitalaria*, 1:10-9.

53. **Restuccia JD, Kreger, Payne, Gertman, Dayno, Lenhart.** “Factors Affecting Appropriateness of Hospital Use in Massachusetts”, *Health Care Financing Review*, 8:47-54.

54. **Gertman PM, Restuccia JD.** “The Appropriateness Evaluation Protocol: A Technique for Assessing Unnecessary Days of Hospital Care”. *Medical Care*, 19:855-71.

55. **Lorenzo S.** “Revisión de la utilización de recursos: estudios realiza-

dos en España”, *Rev. Calidad Asistencial*, 12:140-6.

56. **Restuccia JD, Holloway DC.** “Barriers to Appropriate Utilization of an Acute Facility”, *Medical Care*, 14:559.

57. **Ludke RL, Wakefield, Booth, Kern, Burmeister.** “Nonacute Utilization of Department of Veterans Affairs Inpatient Services. Background and Design of a Nationwide Study”. *Medical Care*, 29 Suppl: 29-39.

58. **Bañeres J, Alonso J, Antó JM.** “La adecuación de los ingresos hospitalarios”, *Med. Clin. Barc.*, 95:357-8. (carta)

59. **Meneu R, Peiró S.** “La revisión del uso apropiado de la hospitalización en España: ¿de la comunicación científica a la utilización práctica?”. *Todo Hospital*, 134:53-60.

Algunos elementos descriptivos del FNR desarrollados en el presente artículo están contenidos en publicaciones institucionales previas.

*** Médico. Encargado de Autorizaciones, Fondo Nacional de Recursos**

**** Médica Asistente, Fondo Nacional de Recursos**

***** Director Médico, Fondo Nacional de Recursos**