

Accesibilidad a la medicina de alto costo: La experiencia de Uruguay

Availability of high cost medicine: The Uruguayan experience

Enrique Soto

Médico Cardiólogo. Presidente del Fondo Nacional de Recursos. Dirección para correspondencia: Fondo Nacional de Recursos 18 de Julio 1985, Galería Cristal, 4º. Piso. Montevideo, 11100, Uruguay. Tel: 598 29014091. Correo electrónico: esoto@chasque.net Página web: www.fnr.gub.uy

INTRODUCCIÓN

La República Oriental del Uruguay es un pequeño país ubicado en América del Sur, sus vecinos más próximos son Argentina y Brasil. Posee una amplia costa que algunos escritores la han definido como un balcón hacia el Río de la Plata y el océano Atlántico. Tiene una extensión de 187.000 km² y una población aproximada a los 3.400.000 habitantes. Uruguay posee varias similitudes con Costa Rica que están reflejadas en el Índice de Desarrollo Humano (IDH), donde ambos países se ubican por encima de la media que registran los países de América Latina y el Caribe (0,706) según la última publicación del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Costa Rica cuenta con un IDH de 0.725 ubicándose en el lugar 62 y Uruguay con 0.765 lo hace en el puesto 52, de un total de 169 países. Según este informe, la esperanza de vida al nacer en Costa Rica es de 79.1 años y en Uruguay 76.7 años¹ (Fig. 1).

A partir del año 2005 el Uruguay ha iniciado un proceso de reforma de su sistema de salud denominado "Sistema Nacional Integrado de Salud" (SNIS), con la intención de introducir cambios en las formas de financiamiento, gestión y atención. La transformación del sistema de salud se rige por determinados principios rectores caracterizados por la búsqueda de la equidad, solidaridad, accesibilidad, sustentabilidad y calidad, en las prestaciones sanitarias^{2,3,6}. Los cambios en el sistema de salud han generado nuevas figuras normativas entre las cuales se encuentra el FONASA (Fondo Nacional de Salud)³, que tiene a su cargo la financiación del sistema y la JUNASA (Junta Nacional de Salud)⁴, que cuenta entre sus cometidos la puesta en práctica de las políticas definidas para la instrumentación del SNIS.

La función asistencial del Ministerio de Salud Pública (MSP) la realiza la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) como servicio descentralizado⁵.

El sistema de salud del Uruguay es de carácter mixto público-privado. El 45% de la población es atendida en el sector público y el 55% lo hace en el privado. El sector privado a su vez, está subdividido en prestadores sin fines de lucro denominados IAMC (instituciones de asistencia médica colectiva, entre las cuales se encuentran las mutuales) que dan cobertura a la mayoría de la población y los seguros privados (con fines de lucro) que atiende aproximadamente el 3% de los habitantes.

Desde el año 1980 el Uruguay ha desarrollado una experiencia en políticas sanitarias denominada **Fondo Nacional de Recursos (FNR)**. Consiste en una organización pública no estatal, destinada al financiamiento de la medicina altamente especializada a partir de los principios de solidaridad, equidad y sostenibilidad⁷. El Decreto-Ley que le dio origen en el año 1979 ha sido modificado con el transcurso de los años, permitiendo una evolución de dicha organización en diferentes aspectos, sean estos estructurales, técnicos o sociales⁸. La misión del FNR es otorgar financiamiento a prestaciones médicas altamente especializadas, de demostrada efectividad, permitiendo que estén disponibles con equidad para toda la población del país, asegurando que dichos procedimientos se realicen con el máximo de calidad y en condiciones de sostenibilidad económica y financiera^{7,8}. La implementación de los IAMC ha permitido que los equipos de salud adquieran el entrenamiento necesario para el desarrollo de las diferentes técnicas. Podemos afirmar que el FNR reúne las

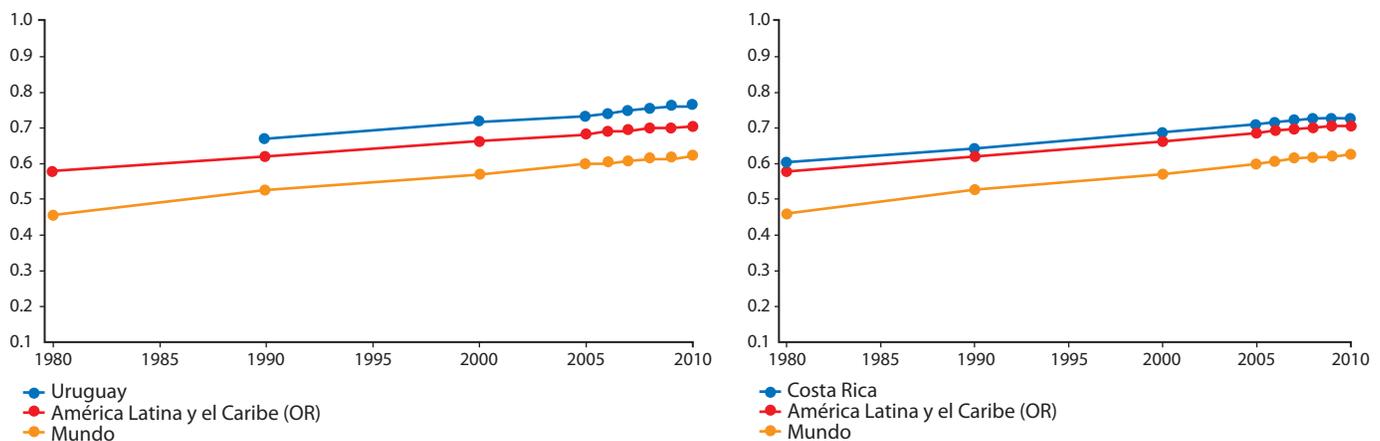


Fig. 1. Comparación del Índice de Desarrollo Humano (IDH) de Costa Rica y Uruguay en relación con los países de Latino América y resto del Mundo. Informe de Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2010.

características de un reaseguro de cobertura universal para el financiamiento de las situaciones catalogadas como catastróficas por la OMS en materia sanitaria.

OBJETIVOS

El plan estratégico diseñado por el FNR cuenta con los siguientes objetivos:

- a. Permitir el acceso equitativo de toda la población del país a un conjunto de técnicas médicas de alta especialización, asegurando su financiamiento.
- b. Evaluar la calidad de la atención que se brinda a los pacientes, controlando los procesos y los resultados de los actos financiados.
- c. Mejorar la eficiencia del sistema mediante la aplicación de metodologías de análisis de costos.
- d. Administrar la atención de pacientes en el exterior, en los casos en que ese extremo se justifique, de acuerdo a los criterios establecidos en el marco normativo aplicable.
- e. Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los uruguayos y abatir la demanda de tratamientos, mediante la aplicación de programas preventivos y la difusión de hábitos saludables.
- f. Apoyar el desarrollo y el conocimiento de la medicina basada en evidencias mediante actividades de capacitación, aporte de estudios, evaluaciones y guías para la práctica clínica.

¿QUIÉNES SON LOS DESTINATARIOS?

Se trata de un sistema solidario, que posibilita la atención de todas las personas sin tener en cuenta su procedencia, que ha crecido y se ha desarrollado gracias al esfuerzo mancomunado del sector público y privado. Tienen acceso a las prestaciones que financia el FNR todas las personas que acrediten su residencia en el país, debiendo reunir las siguientes condiciones: poseer Carné de Asistencia, otorgado por la Administración de Servicios de Salud del Estado como usuario del sistema público; ser beneficiario del Fondo Nacional de Salud (Seguridad Social) o ser afiliado de una Institución de Asistencia Médica o Seguro Integral como afiliado individual. También recibirán los servicios financiados por el FNR quienes estén bajo la cobertura de los Servicios de Sanidad de las Fuerzas Armadas y de Sanidad Policial. Toda la población que cuente con una cobertura formal de salud es beneficiaria del FNR⁹.

Hasta la fecha han sido cerca de 250.000 personas quienes han tenido acceso a la medicina altamente especializada y de alto costo independientemente de su condición social o económica. La distribución de la curva etaria y por sexo no muestra variaciones significativas en los últimos años, presentando una mayor utilización de los procedimientos en la sexta y séptima década de la vida y con un predominio del sexo masculino en las edades más tempranas¹⁰ (Fig. 2).

¿CÓMO SE FINANCIA?

El FNR se financia con el aporte de los entes autónomos, servicios descentralizados y administraciones departamentales para cubrir la atención de aquellas personas cuya asistencia esté

directamente a su cargo. En el caso de las personas cubiertas por el FONASA (Fondo Nacional de Salud, integrado por las contribuciones patronales, de los trabajadores y del Estado), es este quien realiza los aportes mensuales al FNR. Para quienes son afiliados a instituciones de asistencia o seguros privados, corresponde a los mismos verter los aportes. El Ministerio de Economía y Finanzas asume el costo de los procedimientos que se realizan a los pacientes que se atienden en servicios estatales. El FNR también recibe un porcentaje de los impuestos que se aplican a determinados juegos de azar.

Quienes están bajo la cobertura del FONASA o figuran como afiliados individuales a los prestadores privados aportan al FNR aproximadamente una cifra equivalente a 5,31 dólares americanos mensuales. El presupuesto anual del FNR ronda los 160 millones de dólares americanos al año, lo cual equivale al 7% del gasto global en salud del Uruguay que a su vez representa el 7% del PBI. Los estados de los balances anuales son publicados en la página que posee el FNR en internet (www.fnr.gub.uy), estando a disposición para las consultas que desee realizar la ciudadanía sobre el destino y administración de los dineros.

A los proveedores de actos médicos que financia el FNR se los denomina Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE). En forma periódica se acuerda una tabla de aranceles para cada una de las técnicas que realizan, siendo esta publicada en la página web. La misma, es el producto de un análisis en donde se tiene en cuenta la composición de costos de las diferentes técnicas y la repercusión que la misma tiene en los sistemas de salud de referencia en el mundo. A partir del presente año se ha establecido como requisito la firma de un contrato de gestión entre los diferentes IMAE y el FNR. El mismo tiene por objetivo potenciar los vínculos entre los prestadores y el FNR, facilitar la información para realizar los respectivos controles de calidad y acordar normas de procedimientos que mejoren el funcionamiento del sistema.

Existe una tendencia a centralizar la compra de los dispositivos utilizados en las diferentes técnicas. La experiencia ha demostrado que esa modalidad mejora las condiciones de negociación. Es necesario precisar que, en la selección de la compra de los dispositivos, se tienen en cuenta una serie de factores entre los cuales figura la calidad y la opinión de los técnicos. La gestión del FNR está a cargo de una Comisión Honoraria, integrada por representantes del área pública (Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Economía y Finanzas, Banco de Previsión Social) y del ámbito privado (prestadores mutuales, organizaciones de asistencia médica colectiva y proveedores de servicios médicos). Es presidida por el Ministro de Salud Pública o por quien este delegue¹⁰.

DEL FINANCIAMIENTO DE LA TECNOLOGÍA A LA IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS

En los últimos años se han realizado esfuerzos orientados a un cambio estratégico, priorizando el tratamiento de la patología en sus diferentes etapas, en lugar de la exclusiva financiación de la tecnología. En función de estas líneas estratégicas se han elaborado programas de prevención dirigidos a la población de riesgo. Es así como se instrumentaron los programas de cesación del tabaquismo, nefroprotección y prevención secundaria cardiovascular. El FNR

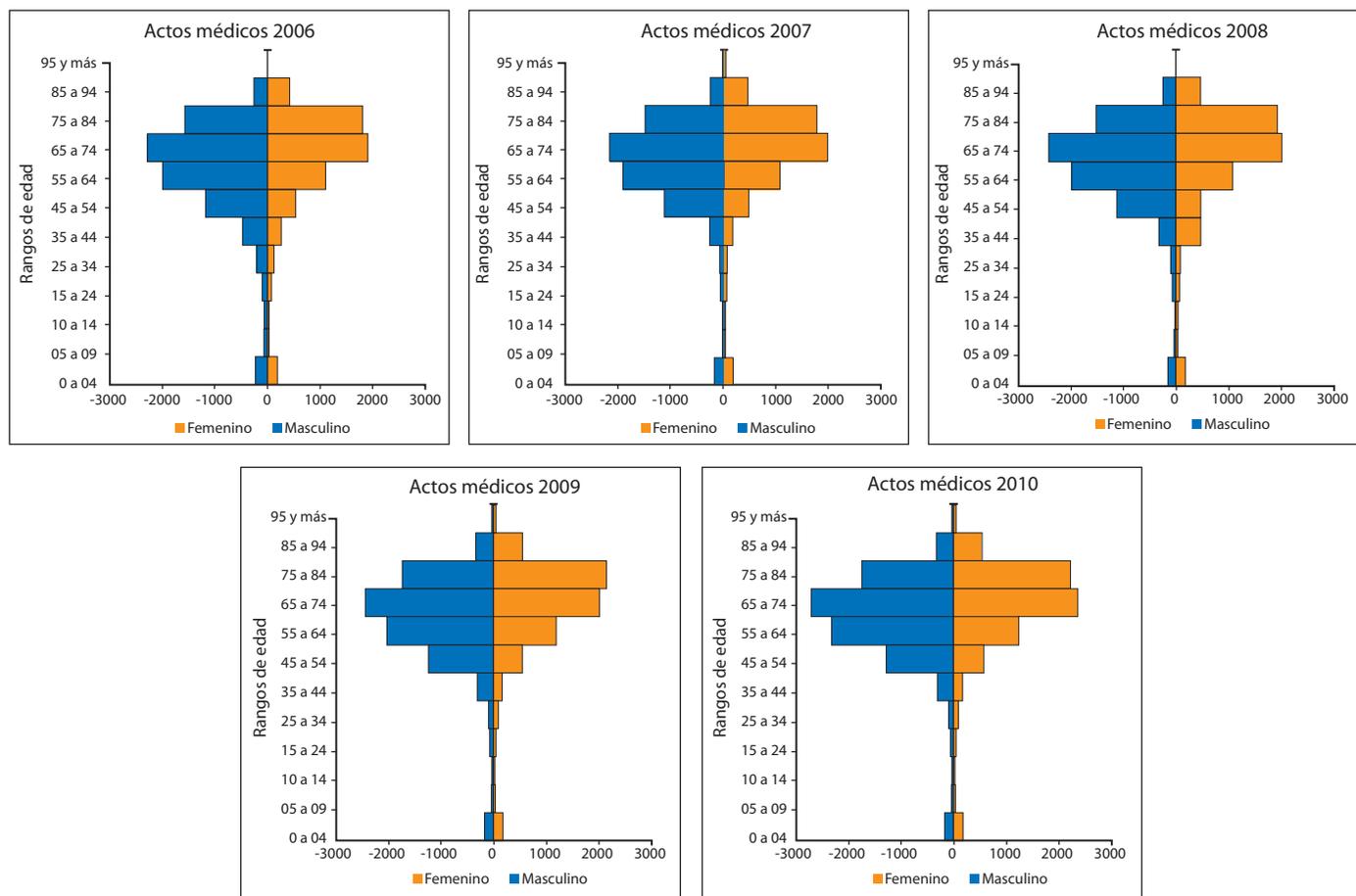


Fig. 2. Distribución por sexo y edad de la población atendida por el FNR 2006-2010. Fuente: Fondo Nacional de Recursos. Unidad de Registros Médicos. Fecha de corte: 16-02-2011.

participa activamente en todas las instancias de prevención planificadas tanto por el sector público como el privado.

El programa de cesación del tabaquismo organizado por el FNR ha sido pionero en Uruguay. Comenzó sus actividades en el año 2004 siendo catalogado como muy satisfactorio en una cifra cercana al 85% de los destinatarios¹¹. El programa de nefroprotección también se implementó desde el año 2004. En una revisión del número de pacientes en diálisis y con trasplante renal de los últimos diez años, podemos observar una tendencia al descenso en los tratamientos de sustitución; es posible inferir que dichos resultados sean consecuencia de las políticas de prevención.

En el año 2010 se diseñó el programa de tratamiento del infarto agudo de miocardio en conjunto con la Sociedad Uruguaya de Cardiología y la Cátedra de Cardiología de la Facultad de Medicina. En este programa se ha incluido la financiación de los fibrinolíticos (estreptoquinasa, tenecteplasa) complementando los procedimientos

invasivos, en una estrategia que tiende a cubrir todo el territorio del país, permitiendo que los habitantes cuenten con procedimientos rápidos para la recanalización del vaso culpable. En el momento actual se encuentran en la fase de análisis de factibilidad varios programas entre los cuales figura la instrumentación de un programa de prevención primaria en la muerte súbita.

¿QUÉ ACTOS MÉDICOS SE ENCUENTRAN BAJO LA COBERTURA DEL FNR?

En sus comienzos, el FNR financiaba los tratamientos de alta tecnología vinculados a la cardiología, nefrología y traumatología. Con posterioridad se fueron incorporando otras técnicas de diagnóstico y tratamiento. A partir del año 2005 se amplió la cobertura a los tratamientos farmacológicos de alto costo. En la actualidad, la cobertura del FNR abarca las siguientes técnicas de diagnóstico y tratamiento¹⁰:

- Hemodinamia de adultos
- Hemodinamia infantil
- Angioplastia coronaria

- Cateterismo terapéutico
- Cirugía cardíaca de adultos
- Cirugía cardíaca infantil
- Marcapasos implantables
- Cardiodesfibriladores implantables
- Trasplante cardíaco
- Trasplante pulmonar
- Endarterectomía de arterias pulmonares
- Trasplante hepático en adultos
- Trasplante hepático en menores de edad
- Prótesis de cadera
- Prótesis de rodilla
- Implante coclear
- Tratamiento especializado en pacientes quemados
- Trasplante renal
- Hemodiálisis
- Diálisis peritoneal
- Trasplante de médula ósea
- Tomografía de emisión de positrones con glucosa y galio
- Tratamientos farmacológicos para: hepatitis C, leucemias, linfomas, cáncer de mama, anemia en la insuficiencia renal crónica, inmunosupresión, fibrosis quística, cáncer de riñón, cáncer de colon, cáncer del sistema nervioso central, citomegalovirus, esclerosis múltiple, diabetes, enfermedad de Parkinson, prevención del virus sincicial respiratorio, artritis reumatoidea, enfermedades lisosomales, mieloma múltiple, fibrinólisis en el infarto de miocardio, hipertensión pulmonar.

Es necesario precisar que el trasplante hepático en menores de edad, la endarterectomía de las arterias pulmonares y el trasplante de pulmón y de corazón-pulmón se realizan en el exterior. La cobertura que brinda el FNR es considerada amplia y universal por los expertos en políticas de salud. El número de actos solicitados muestran una leve tendencia a su incremento en un comparativo de los últimos diez años¹⁰ (cuadro 1). Las solicitudes rechazadas por los equipos técnicos del FNR (auditorías y ateneos) también se han incrementado levemente en los últimos años¹⁰, según observamos en

el cuadro 2. En los últimos cinco años se ha detectado un incremento en el número de actos médicos solicitados, rechazados y realizados. Es posible que en dicha tendencia incidan factores asociados a la constitución etaria de nuestra población y a la mejor accesibilidad a los servicios de salud. En el cuadro 3 y en la Fig. 3 se observa una tendencia al aumento de todos los procedimientos cardiológicos, salvo el trasplante cardíaco¹⁰. El incremento más notorio se ha registrado en los tratamientos farmacológicos de alto costo, en donde se destina aproximadamente unos 28 millones de dólares americanos al año¹² (Fig. 4).

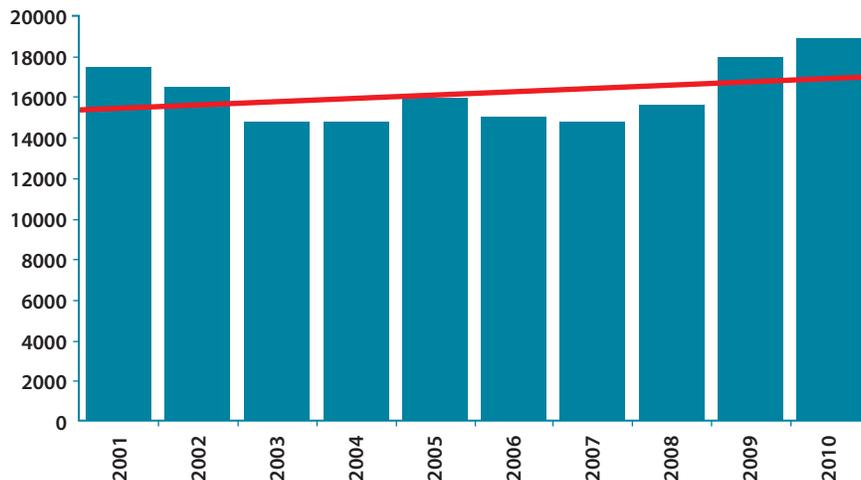
METODOLOGÍA UTILIZADA EN LA TOMA DE DECISIONES

El FNR tiene una metodología de funcionamiento basada en la evidencia científica. La solicitud de cada una de las técnicas y tratamientos que financia el FNR debe realizarse siguiendo determinadas normas, en donde es necesario aportar toda la información que se solicita a los efectos de conformar una segunda opinión. Las solicitudes son auditadas por médicos evaluadores que elevan sus informes a los respectivos ateneos de cada especialidad, en donde se evalúa la pertinencia de la indicación realizada y si la misma está de acuerdo a los protocolos establecidos para cada procedimiento.

El FNR realiza un seguimiento de los pacientes a los efectos de estimular la prevención secundaria de su enfermedad y evaluar la calidad de los tratamientos realizados. Esta metodología ha permitido construir una base de datos que se encuentra a disposición del cuerpo médico para realizar las investigaciones que se consideren necesarias. La protocolización de los procedimientos que financia el FNR, están sujetas a continuas revisiones de acuerdo a la evidencia científica y a los análisis de costo-efectividad. En pocos casos se ha decidido la eliminación de la cobertura para determinados tratamientos.

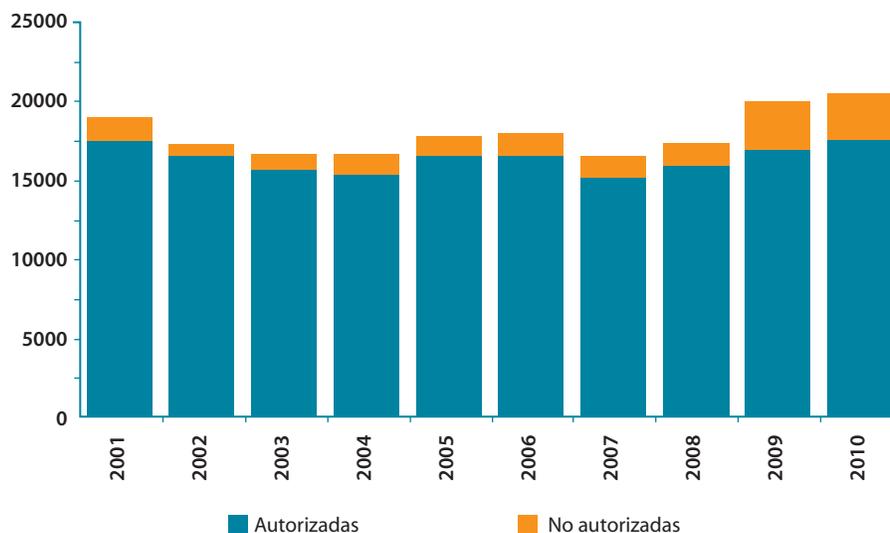
Se realizan habitualmente controles de calidad mediante visitas a los IMAE para sugerir las correcciones en los procesos, si fueran necesarias. Han sido escasas las situaciones en las cuales se ha decidido suspender la financiación de algún procedimiento debido a la

Cuadro 1
Actos con cobertura autorizada 2001-2010.



Fuente: Fondo Nacional de Recursos. Unidad Registros Médicos. Fecha de corte: 16-02-2011

Cuadro 2
Evolución del número de solicitudes 2001-2010.



Fuente: Fondo Nacional de Recursos. Unidad Registros Médicos. Fecha de corte: 01-03-2011

Cuadro 3
Actos Médicos realizados. Distribución por técnica 2006-2010

Técnica	2006	2007	2008	2009	2010
Cateterismos - Adultos	2939	2997	3175	3259	3548
Cateterismos - Niños	140	118	101	100	85
Cirugía Cardíaca - Adultos	1766	1939	1997	2024	2018
Cirugía Cardíaca - Niños	181	191	177	182	196
Angioplastia coronaria	2828	2632	2766	2883	3106
Cateterismo terapéutico	127	104	109	115	136
Marcapasos - Implantes	899	916	968	1064	1069
Marcapasos - Reemplazo	560	508	510	498	493
Cardiodesfibrilador - Implantes	47	48	63	64	74
Cardiodesfibrilador - Reemplazo	33	44	31	46	51
Pre-Trasplante cardíaco	13	26	16	19	21
Trasplante cardíaco	7	3	10	7	6

Fondo Nacional de Recursos. Fecha de corte: 01-03-2011.

constatación de eventos adversos. El FNR ha desarrollado líneas de trabajo tendientes a mejorar la seguridad del paciente y en las prestaciones que financia el FNR se exige el consentimiento informado.

FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN Y COMUNICACIÓN

El FNR desarrolla actividades formativas relacionadas con las prestaciones que financia, en las cuales es frecuente la asistencia de prestigiosos invitados extranjeros. La formación de médicos auditores y evaluadores forma parte de las actividades formativas que

se realizan en forma periódica. Es habitual la confección de trabajos científicos que son presentados y publicados en los diferentes congresos a nivel nacional e internacional. El modelo de gestión fármacos de alto costo ha sido seleccionado para su presentación en el reciente Congreso Mundial de Evaluación de Tecnologías de la salud¹³.

Las principales actividades del FNR son recopiladas en publicaciones que se realizan semestralmente y que abordan diferentes temas de interés médico. Se cuenta con un boletín electrónico dirigido al equipo de salud y una página web mediante los cuales se intenta

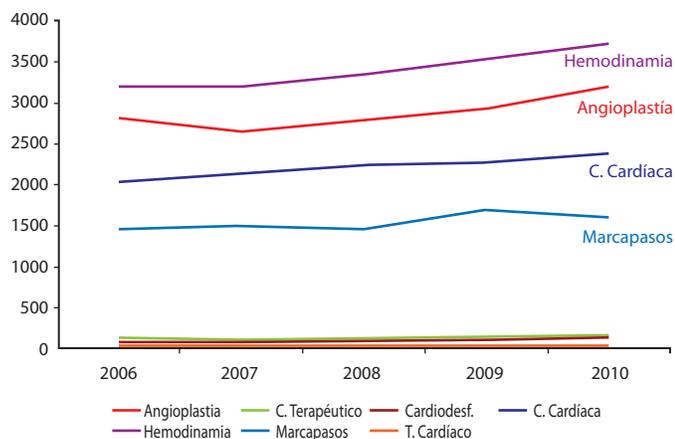


Fig. 3. Actos médicos con cobertura médica autorizada 2006-2010. Fuente: Fondo Nacional de Recursos. Unidad de Registros Médicos. Fecha de corte: 16-02-2011.

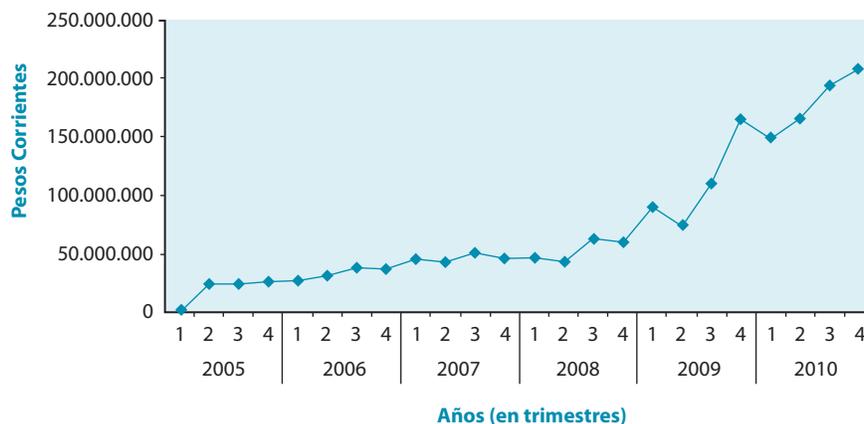


Fig. 4. Evolución histórica y proyectada del gasto en medicación en pesos corrientes según el esquema de cobertura actual del Fondo Nacional de Recursos (2004 - 2010).

que habitan próximos a la capital del país, Montevideo, acceden con mayor facilidad a las prestaciones que financia el FNR. La tasa de utilización de las prestaciones que financia el FNR a nivel de todo el país es de 49,6 cada 10.000 habitantes. En Montevideo es de 61.6 pero en el interior del país 46.8, existiendo departamentos con una tasa por debajo de 30 cada 10.000 habitantes (Fig. 5)¹⁰.

Si bien los esfuerzos realizados para transformar la salud de la población en el Uruguay han dado resultados significativos, aún persisten áreas en donde se perciben dificultades. Esta realidad implica asumir la necesidad de un nuevo contrato social, en donde la ética y la participación de los diferentes actores de la sociedad comprometidos con la salud de la población deben ser los pilares fundamentales. El FNR ha desarrollado una metodología basada en la evidencia científica, la epidemiología, la protocolización, el análisis costo-efectividad, la presupuestación y la evaluación. El resultado alcanzado luego de treinta años de existencia ha demostrado el acierto de sus precursores¹⁰. El siglo XXI nos enfrenta a la necesidad de adaptar los procesos, a efectos de otorgar estabilidad al sistema de salud y profundizar

mantener informado al cuerpo médico de los avances vinculados a cada especialidad. El FNR mantiene vínculos permanentes con diferentes agencias y organizaciones destinadas a la actualización de la evidencia científica y evaluación de la tecnología médica.

MEDICINA DEL SIGLO XXI: SUS DESAFÍOS

El desarrollo de los sistemas de salud en base a los principios rectores de equidad, solidaridad y accesibilidad en cierta medida dependen de la estabilidad de dichos sistemas. La racionalidad en la gestión de las nuevas tecnologías y de los tratamientos de alto costo integran los diseños de las estrategias de sostenibilidad de los sistemas de salud. La toma de decisiones en las políticas de salud exige cada vez mayores esfuerzos en la capacidad para establecer con claridad el orden de prioridades, con la finalidad de orientar el flujo de los recursos sanitarios que suelen ser finitos. La profundización de la equidad implica que es necesario fortalecer el diseño de políticas que contribuyan a resolver los aspectos distributivos. En Uruguay se está concentrando gran parte de los esfuerzos en resolver ciertas inequidades, particularmente geográficas. Los ciudadanos

su eficacia y eficiencia. La propia dinámica de los avances científicos y la acumulación de nuevas evidencias exigirán la ampliación de las coberturas manteniendo los principios rectores.

Este abordaje es particularmente controversial, debiendo participar en él los representantes de la sociedad (usuarios), la comunidad médica, los proveedores de servicios sanitarios y de tecnología. El Uruguay, como la mayoría de los países de la región, presenta situaciones que algunos autores han catalogado de judicialización de las indicaciones médicas. Las vías judiciales se han acentuado a partir de la introducción de los medicamentos de alto costo, en particular los de origen biotecnológico y los biosimilares desde la caducidad de las respectivas patentes.

Existen dos procedimientos judiciales utilizados con mayor frecuencia: a) Las acciones de amparo, instrumento procesal que se reproduce en los distintos sistemas jurídicos con mayor o menor profundidad en sus alcances y b) Las acciones de nulidad, que

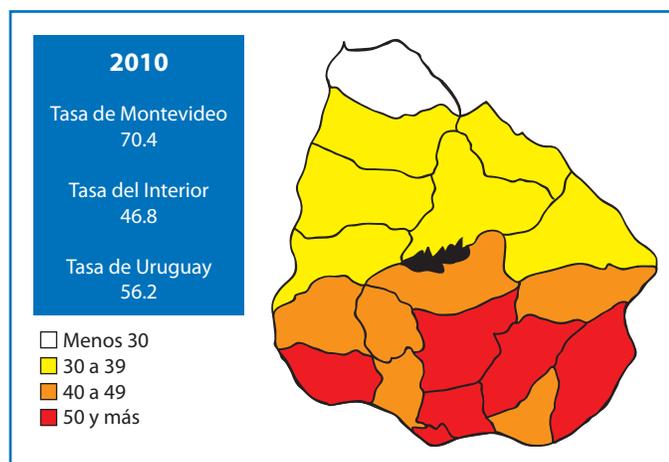


Fig. 5. Distribución de los Actos con Cobertura Autorizada según Tasa de Utilización por Departamento. Fuente: Fondo Nacional de Recursos. Unidad de Registros Médicos. Fecha de corte: 16-02-2011.

constituyen en Uruguay un instrumento para reclamar contra las resoluciones de las Personas de Derecho Público no Estatal, como lo es el FNR. En ambos tipos de acciones, todos los actores en sus demandas han sostenido que accionan en ejercicio de un derecho humano fundamental, como lo es el derecho a la salud, reclamándolo independientemente o como parte del derecho a la vida; los Estados tienen una obligación de garantizar la satisfacción de niveles esenciales mínimos de cada uno de los derechos reconocidos. Este contenido mínimo y esencial del Derecho a la Salud es el garantizado por la Constitución y los Acuerdos Internacionales; con el fin de lograr sus objetivos en un escenario de recursos limitados, todos los sistemas de salud deben establecer mecanismos de fijación de prioridades. Priorizar en salud involucra decisiones difíciles que deben tener en cuenta diversos aspectos técnicos y éticos que reflejan un contrato social en constante cambio, en donde los elementos de justicia distributiva y de afectación de rentas siempre están presentes.

El FNR administra recursos cuyo uso está estrictamente regulado por el marco normativo vigente. Por tal razón, no está habilitado legalmente para cubrir situaciones o prestaciones que no hayan cumplido con todas las exigencias que el sistema regulatorio que lo preceptúa. Tanto para lo cobertura de actos médicos como de medicamentos, existe un listado taxativo de tratamientos cubiertos, con sus respectivos protocolos de indicaciones. La incorporación de medicamentos a un sistema de cobertura universal, como es el caso del FNR en el Uruguay, requiere contar con estrategias bien definidas para el control de las indicaciones y la evaluación de los resultados. La aplicación de esas herramientas permite tomar decisiones fundamentadas, con parámetros objetivos para la cobertura y sostenibles a lo largo del tiempo; de esta forma se establece una relación estrecha entre la calidad, la equidad y la sustentabilidad.

De este análisis surge que la orden de financiar y prestar servicios de salud no priorizados puede estar reflejando las tensiones entre las dimensiones individuales y colectivas de la protección de derecho a la salud. La discusión sobre el alcance del derecho individual y la

protección del derecho colectivo, subyace en el momento de analizar las políticas de salud. Si bien en el Uruguay la situación no es dramática, observamos el escenario internacional y particularmente el regional con preocupación. A tales efectos, es necesario prever que un incremento en los costos y la frecuencia de los litigios individuales pueden representar una amenaza para la sostenibilidad financiera y la gobernabilidad de los sistemas de salud, más aún cuando puede tener también consecuencias perjudiciales sobre muchos logros en materia de equidad que han beneficiado a las poblaciones más vulnerables. Nos encontramos frente a una temática que encierra un interesante desafío: una fina línea gris separa los efectos sociales positivos de los negativos; está en todos nosotros poder potenciar los primeros y mitigar los segundos.

AGRADECIMIENTOS: En la elaboración del presente informe se han recogido conceptos solicitados a la Dra. Leticia Gómez (abogada) y al Dr. Álvaro Haretche (médico, Director Técnico de FNR). También agradecemos al Dr. Walter Reyes (médico cardiólogo) por las sugerencias realizadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Human Development Report. PNUD. 2010
2. Ley de Presupuesto Nacional Nº 17.930 del 19 de diciembre de 2005
3. Ley Nº 18.131 de 18 de mayo de 2007. Ley de creación del FONASA
4. Ley Nº 18.211 Ley de creación de JUNASA
5. Ley Nº 18.161 de 29 de julio de 2007. Ley de descentralización de ASSE
6. Ley Nº 18.211 del 5 de diciembre de 2007. Ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud
7. Decreto-ley Nº 14.897 del per de mayo de 1997. Creación del Fondo Nacional de Recursos
8. Ley Nº 16.343 del 24 de diciembre de 1992. Actualización de la normativa del FNR
9. Texto ordenado de normas regulatorias del FNR. 13 de agosto de 2008
10. Publicación técnica Nº 16.FNR. Memoria 2010. En diagramación e impresión
11. Publicación técnica Nº8. FNR. Tratamiento de la dependencia del consumo de tabaco. 2009
12. Publicación técnica Nº 13. FNR. Política y gestión de la cobertura de medicamentos de alto costo. 2010
13. Fernández, G; Perna, A; Albornoz, H; Saona, G. Modelo de gestión para sustituir una droga original por un genérico: evolución, monitoreo y resultados. Congreso Mundial de Evaluación de Tecnologías de Salud. Brasil. 2011.