

El Programa de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina. Una estrategia de intervención Sustentable y Sostenible.

Santos Depine *

Introducción

En la actualidad, la enfermedad renal crónica permanente es considerada un grave problema de salud pública, aún en los países mas desarrollados. Cada es vez es mayor la prevalencia de personas que necesitan tratamiento mediante diálisis y/o trasplante, cuyos elevados costos globales impactan negativamente en las economías de los países. Es considerada una epidemia, al igual que sucede con la Diabetes Mellitus, su principal causa etiológica.

Estos pacientes constituyen una pequeña muestra, comparados con el total de personas asintomáticas que presentan albuminuria o alteración en el filtrado glomerular. La mayor parte ellas sin diagnostico y control adecuado evolucionarán hacia la falla permanente de su función renal, enfermedad cardiovascular y muerte prematura.

Por el contrario, detectados y tratados precozmente, pueden lograr la remisión, retardar la progresión de su enfermedad renal y la reducción de los acontecimientos cardiovasculares.

A pesar de la coincidencia mundial de encontrarnos ante una problemática de salud pública, la falta de un lenguaje común que articulara lo académico y los intereses comunitarios, determinó que solo se hayan cristalizado en los países algunos esfuerzos individuales, vinculados en su mayoría a los propios actores del sector nefrológico y con ausencia de los Estados. En general se trato de campañas de detección (screening) de algunos indicadores biológicos, ya sea en la población general o en los grupos vulnerables.

Sus hallazgos; si bien han posibilitado grandes adelantos en el conocimiento del impacto epidemiológico de la enfermedad renal, ante la ausencia de un Programa Sistematizado, con explícitos mecanismos de Referencia y Contrarreferencia, desarrollo de tecnologías nucleares y de apoyo, matrices de clasificación y seguimiento informatizados y carencias de curvas actuariales, no han sido eficientes en generar para el conjunto social una mejor accesibilidad ni control de la enfermedad en el Primer Nivel de Atención.

Las evidencias médicas en el campo de la salud pública sugieren que una sola estrategia de intervención, sin una sistematización en el seguimiento, es improbable que sea costo eficiente.

El Programa de Salud Renal, en su componente de Atención Primaria de la Salud, vincula las estrategias de intervención de los programas relacionados a las enfermedades crónicas no transmisibles, tales como la diabetes, la hipertensión, las dislipemias, o la enfermedad cardiovascular en su conjunto, con una visión integradora, Cardiovascular, Renal y Endocrino – Metabólica.

La enfermedad renal permanente puede ser vista como un emergente unificador de las alteraciones del síndrome plurimetabólico y de la lesión del endotelio vascular.

Antecedentes en Argentina y en Latinoamérica

La nefrología argentina se mostró preocupada por los problemas derivados de la insuficiencia renal, su tratamiento y su cobertura, mucho antes que esta se constituyera en el problema que hoy se analiza en todos los países del globo.

* Médico Nefrólogo. Magíster en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires. Asesor Médico de la Administración de Programas Especiales del Ministerio de Salud y Ambiente. Consultor externo de la Organización Panamericana de la Salud.

En 1969, la Sociedad Argentina de Nefrología generó un debate específico sobre los “Aspectos socio-económicos de la diálisis crónica”

En 1971 se aceptó como una práctica médica habitual la Hemodiálisis en Agudo y en 1976 se incluyó a la Hemodiálisis Crónica en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Bioquímicas, estableciendo la obligación de su cobertura por la Seguridad Social.

En 1977 se promulgó la Ley de Trasplantes y en 1978 se creó el CUCAI.

En 1983 se promulgó la Ley de Diálisis, que fue reglamentada en 1986.

O sea que ya en 1986, Argentina había asegurado mediante instrumentos jurídicos la cobertura asistencial del estadio final de la insuficiencia renal, pero no existía un abordaje integral e integrador de la enfermedad renal en sus estadios más precoces.

A partir de ese año, desde la Sociedad Argentina de Nefrología y de la Mesa Coordinadora Nacional de Diálisis y Trasplantes Renales, los nefrólogos comenzamos a repensar el abordaje de la enfermedad renal y generamos una incipiente aproximación a un enfoque epidemiológico integrador que llamamos “Plan de Prevención y Asistencia de la Insuficiencia Renal Crónica (PAIR)”¹, esquematizado originalmente en un borrador de trabajo (Figura 1) y que fue presentado y discutido en la Primera Reunión de Sociedades Latinoamericanas de Nefrología durante el VII Congreso Argentino de Nefrología².

Poco tiempo después, la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión creó el Comité para el Desarrollo y los Problemas Nacionales con sus Subcomités de Salud Renal y Datos y se comenzaron a generar inquietudes enmarcadas en experiencias nacionales compartidas.

Un diagnóstico de situación de la nefrología en la Región, documentó una gran inequidad e inaccesibilidad de las personas al primer nivel de atención y a la diálisis³ y el esfuerzo se centró en generar un instrumento adecuado a las premisas de la salud pública, con foco conceptual en el

¹ Depine, Santos. Plan de Prevención y Asistencia de la Insuficiencia Renal Crónica. Presentaciones realizadas en:

.-1987 “Problemas Socioeconómicos de la Insuficiencia Renal Crónica. Cual es la solución?”. Primer Simposio Franco Argentino y Latinoamericano de Nefrología. Facultad de Medicina C. Bernard de Lyon, Francia, Universidad de Buenos Aires, Asociación Médica Argentina y Sociedad Argentina de Nefrología. Septiembre de 1987

.-1988 “Política Sanitaria y Trasplantes en la Argentina y en el Mundo”. Curso de capacitación para Extensión Comunitaria de la Universidad de Buenos Aires. Facultad de Medicina y Ministerio de Salud y Acción Social. Septiembre de 1988.

.-1988 y 1989 “Problemas socioeconómicos de los Trasplantes Renales”. VII y VIII Curso Nacional de Coordinadores de Trasplantes. Ministerio de Salud y Acción Social. Cucai.

.-1989 “Alcances de la Problemática de las Enfermedades Renales en Argentina”. Curso de Nefrología y Diálisis para Enfermeros. Ministerio de Salud del Chaco, Sociedad de Nefrología del Noroeste Argentino. Mesa Coordinadora Nacional de Centros de Diálisis y Trasplantes Renales. Resistencia 3 de junio de 1989.

.-1990 Relato por Argentina en el Capítulo II de la Reunión de Acuerdo de Sociedades Latinoamericanas de Nefrología. Organización Panamericana de la Salud. “Recursos Humanos y Técnico-Económicos en Nefrología”. Rosario 28 de abril de 1990.

.-1991 “La Seguridad Social y la Hemodiálisis. La Hemodiálisis en nuestro país. Calidad y Aspectos Socio-económicos” Asociación Regional de Diálisis y Trasplantes Renales de Capital Federal y Provincia de Buenos Aires. Buenos Aires 14 de junio de 1991.

² Amílcar Challú, Santos Depine, César San Martín, Luis Jost y Héctor Estraviz. Realidad de la nefrología latinoamericana. Resultados de la Primera Reunión de Sociedades Latinoamericanas de Nefrología, efectuada en ocasión del VII Congreso Argentino de Nefrología, en la ciudad de Rosario, con el patrocinio de la Organización Panamericana de la Salud y dedicada al estudio de la realidad de la nefrología latinoamericana. Revista de Nefrología, Diálisis y Transplante. Numero 27 - Julio de 1990

³ Challú Amílcar, Burgos Calderón Rafael, Depine Santos, Feler Diana, Manzor Daniel. Libro La Nefrología en Latinoamérica 1999.

“control de la salud renal” y el seguimiento sistematizado y documentado de los enfermos renales, cuyo resultado fue la propuesta de un Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal⁴. Dicho Modelo enlaza una cascada de políticas públicas saludables con la salud renal e incorpora actividades sistematizadas en el Primer Nivel de Atención, planificadas, programadas y con metas sanitarias evaluables por medio de indicadores verificables y medios de verificación preestablecidos, lo cual resultó posible mediante el diseño de herramientas programáticas afines a la salud pública^{5,6}, que han facilitado la participación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁷ y de muchos ministerios de salud de los países de la Región⁸. Su construcción como “Modelo”, o sea una herramienta holístico-descriptiva sin vinculación punto a punto, ha permitido en cada país adecuarlo en un Programa afín a sus necesidades específicas.

Establece un cambio paradigmático y una nueva simbiosis entre la nefrología clínica y la salud pública. La medicina basada en la evidencia, las propuestas de la Referencia y Contrarreferencia, ordenan el tránsito de pacientes y controlan la morbimortalidad de los enfermos cardiovasculares, renales y endocrino metabólicos que hoy se observa, como consecuencia indeseable a la carencia o inoportuna intervención del equipo de salud especializado y cuyo correlato es la inevitable generación de elevados costos indirectos y/u ocultos de prestación, que constituyen verdaderos desfinanciadores de los sistemas de salud a nivel global.

Se estableció un lenguaje epidemiológico común y el uso de la herramienta EPI – Info y se concreto dentro del Modelo la estrategia “Programa de Salud Renal”, aprobado en abril de 2002 por los delegados nacionales en una reunión del Comité Latinoamericano en Costa Rica. Posteriormente en diciembre de 2002⁹ se aprobó en Valdivia (Chile) la Declaración de Valdivia que estableció un “Plan de Acción” a seguir en cada país, incluyendo a la Argentina.

Programa de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina

Se diseñó en la Administración de Programas Especiales (APE) del Ministerio de Salud y Ambiente, bajo la asistencia técnica de la Organización Panamericana de la Salud, representantes del sector de la seguridad social, Sociedad Argentina de Nefrología y Confederación de Asociaciones de Diálisis de la República Argentina.

En primer lugar, se realizó una encuesta en las Obras Sociales, para conocer la evolución del número de pacientes en Diálisis en los últimos 4 años, comparándola con la situación global del

⁴ Burgos Calderón, Rafael y Depine, Santos. Sustainable and Tenable Renal Health Model. A Latin-American proposal of classification, programming and evaluation. *Kidney International*. En prensa.

⁵ Logical Framework. Panamerican Health Organization (PAHO). Project development follow-up handbook. WHO Regional Office, 1999.

⁶ Depine, Santos. Lineamientos para la Asignación Costo- Eficiente de Actividades y Recursos en el Primer Nivel de Atención. Documento PNUD-Unidad de Financiamiento Internacional en Salud. Ministerio de Salud. Febrero de 2002

⁷ Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. 42.o Consejo Directivo / 52.a Sesión del Comité Regional W D C. CD42/ Dir (esp.) 29 Septiembre 2000. RESUELVE: “Instar a los Estados Miembros a que implementen sistemas de vigilancia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y enfermedades no transmisibles en general, incluyendo la enfermedad renal terminal y su impacto económico”

⁸ Chile (2002), Paraguay (2002-2004), Brasil (2002), Argentina (2003), Venezuela (2004), Colombia (2004), Uruguay (2004), Ecuador (2005)

⁹ Declaración de Valdivia. Plan de Acción: .- Establecer un Sistema de Identificación de pacientes según estadio evolutivo, propiciando la utilización de la clasificación de la Nacional Kidney Foundation y la modificada de Puerto Rico.- Establecer un Sistema de Referencia y Contrarreferencia para un tránsito ordenado de los pacientes renales en la Atención Primaria de la Salud.- Establecer Metas y Planes Terapéuticos propiciando la utilización de Flujo grama y Algoritmos Diagnósticos y Terapéuticos.- Integración del Modelo de Salud Renal a las Políticas Públicas Nacionales de la Salud, en cada uno de los países, mediante las herramientas del Marco Lógico y la Matriz de Asignación de Actividades y Recursos.

país¹⁰, para luego planificar y programar un Modelo / Programa de Salud Renal específico para la Seguridad Social¹¹, dentro del Plan Federal de Salud., con un claro componente de incentivos¹².

Su desarrollo guarda similitud conceptual con el PAIR. Sus diferencias son una consecuencia de la experiencia adquirida y un mayor conocimiento de los requerimientos de salud pública, haciéndolo accesible para los organismos normatizadores y fiscalizadores (Figura 2).

Por otra parte la práctica médica ha crecido en recursos tecnológicos acreditados y validados por la evidencia médica, fundamentalmente en el campo de la investigación y desarrollo de tecnología farmacológica, que facilitan la remisión y la regresión de la enfermedad renal.

La posibilidad de disponer de fármacos de probada eficacia, que corrigen las alteraciones metabólicas, endocrinas y/u hormonales vinculadas al daño endotelial vascular, ha permitido que a la propuestas teóricas de intervención, se incluyan acciones específicas de campo.

Un ejemplo claro es la posibilidad de intervenir y modificar las consecuencias indeseables de la sobre estimulación del eje renina – angiotensina – aldosterona¹³.

El Programa de Salud Renal, que cuenta como soporte fundamental académico y científico de la Sociedad Argentina de Nefrología y la Confederación de Asociaciones de Diálisis de la República Argentina¹⁴ y el apoyo explícito mediante convenio de adhesión de la Cámara Argentina de Productos y Servicios de Terapia Renal y de numerosas organizaciones nacionales vinculadas a los pacientes renales y al trasplante, esta complementado por distintas estrategias de intervención (Figura 3) y se establece como una herramienta permanente del sector salud, actualizable y reajutable (Figura 4).

Se enfoca en la demanda y no en la oferta de servicios y posee un componente de información y base de datos por intermedio de la Planilla de Seguimiento y Matriz de Clasificación, Remisión y Regresión de la Enfermedad Renal (Figura 5).

El componente informático tiene como misión realizar análisis actuariales vinculados a:

- .- estadísticas epidemiológicas (demanda real)
- .- la previsión e imputación de los presupuestos
- .- efficientizar el uso de recursos
- .- fortalecer el desarrollo del sector tecnointustrial en función de sus realidades (Figura 6)
- .- generar fuentes de trabajo alternativas
- .- y aportar fuentes de ingreso que fortalezcan el PBI nacional.

Si bien el objetivo fundamental es mejorar la calidad de vida de los pacientes renales en todo el desarrollo del continuo (salud-enfermedad renal-atención- rehabilitación), es de gran importancia destacar que el Programa, al enfocar integralmente las enfermedades cardiovasculares, renales y endocrino metabólicas, fortalece las estrategias de Atención Primaria de la Salud en todas las enfermedades no trasmisibles vinculadas al daño del endotelio vascular y por ende a la enfermedad renal.

¹⁰ Depine, Santos. Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal. OPS/OMS. Noviembre de 2003

¹¹ Depine, Santos. Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal Programa de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina. OPS/OMS. Agosto de 2004

¹² Boletín Oficial de la Republica Argentina. Resolución 11.300/04. Administración de Programas Especiales. Ministerio de Salud y Ambiente. 27 de septiembre de 2004

¹³ Depine, Santos (Coautor). Mecanismos de la secreción de potasio estudiados mediante la administración de amiloride y espirolactona y un nuevo enfoque para el análisis del sistema renina angiotensina en la insuficiencia renal crónica. Primer Premio Sociedad Argentina de Nefrología. (1977)

¹⁴ Resoluciones No. 11300/04 y 11130b/04 de la Administración de Programas Especiales del Ministerio de Salud y Ambiente

Figura 1. PAIR

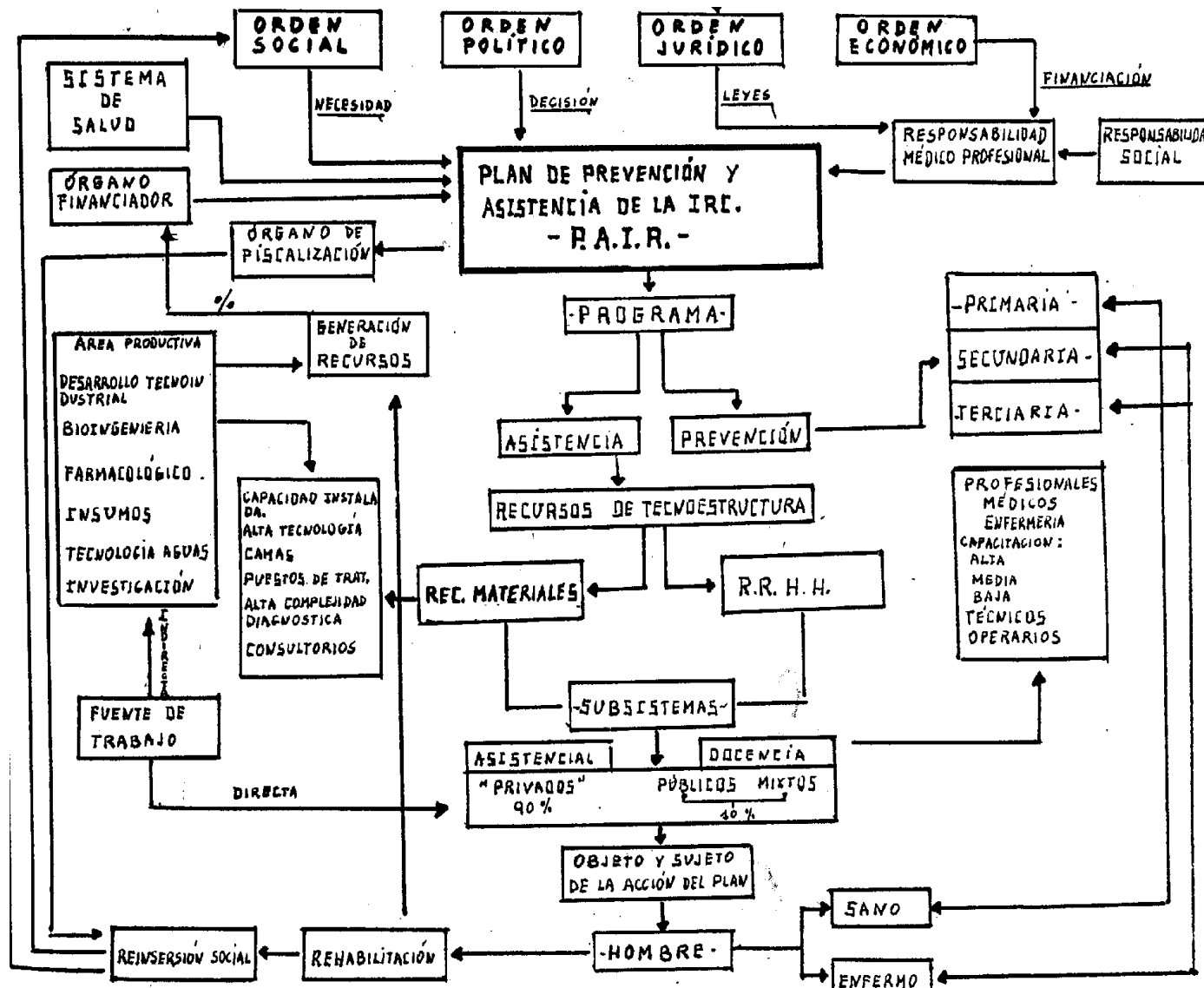


Figura 2. Bases del PAIR para el Modelo / Programa de Salud Renal

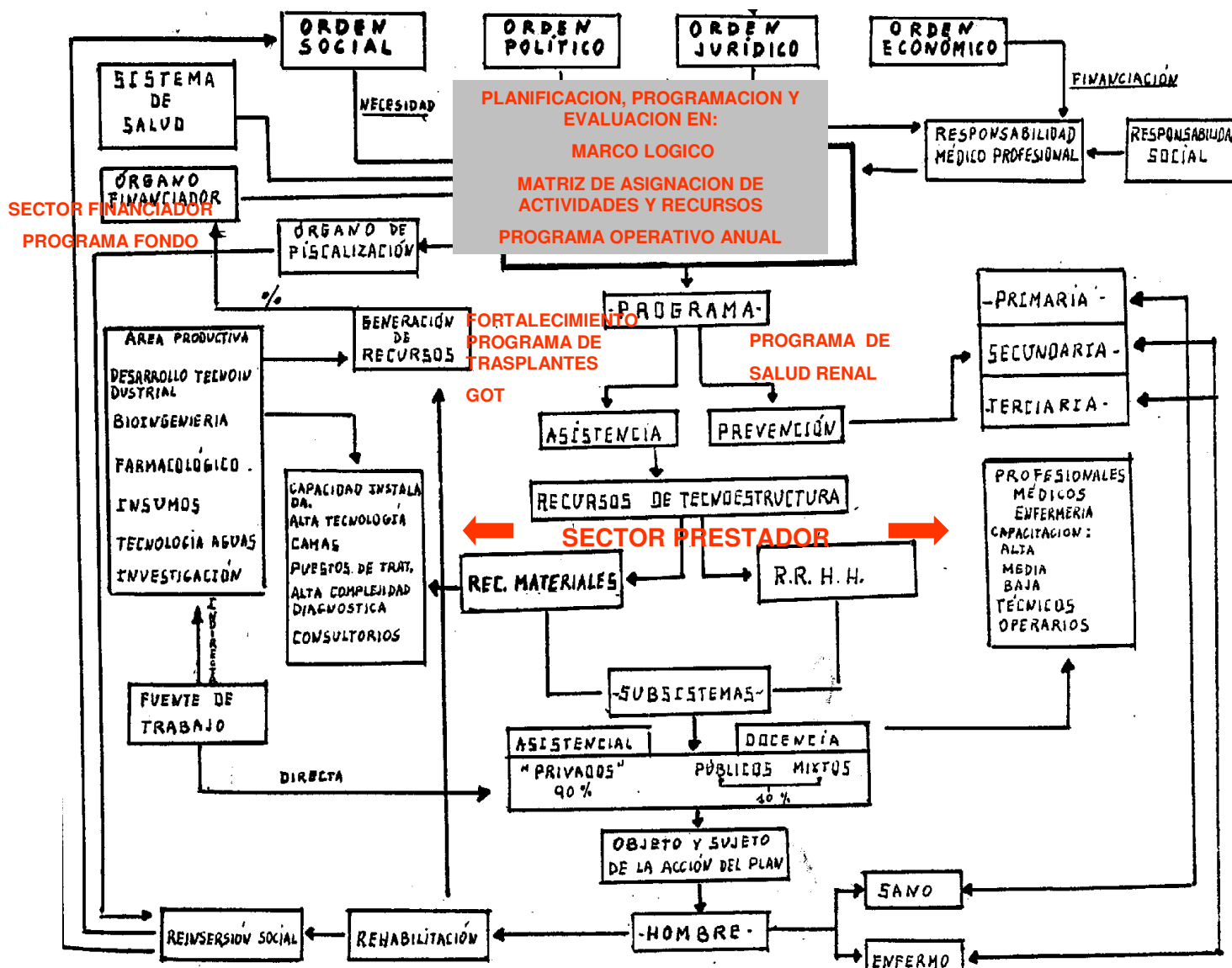


Figura 3. Modelo / Programa de Salud Renal

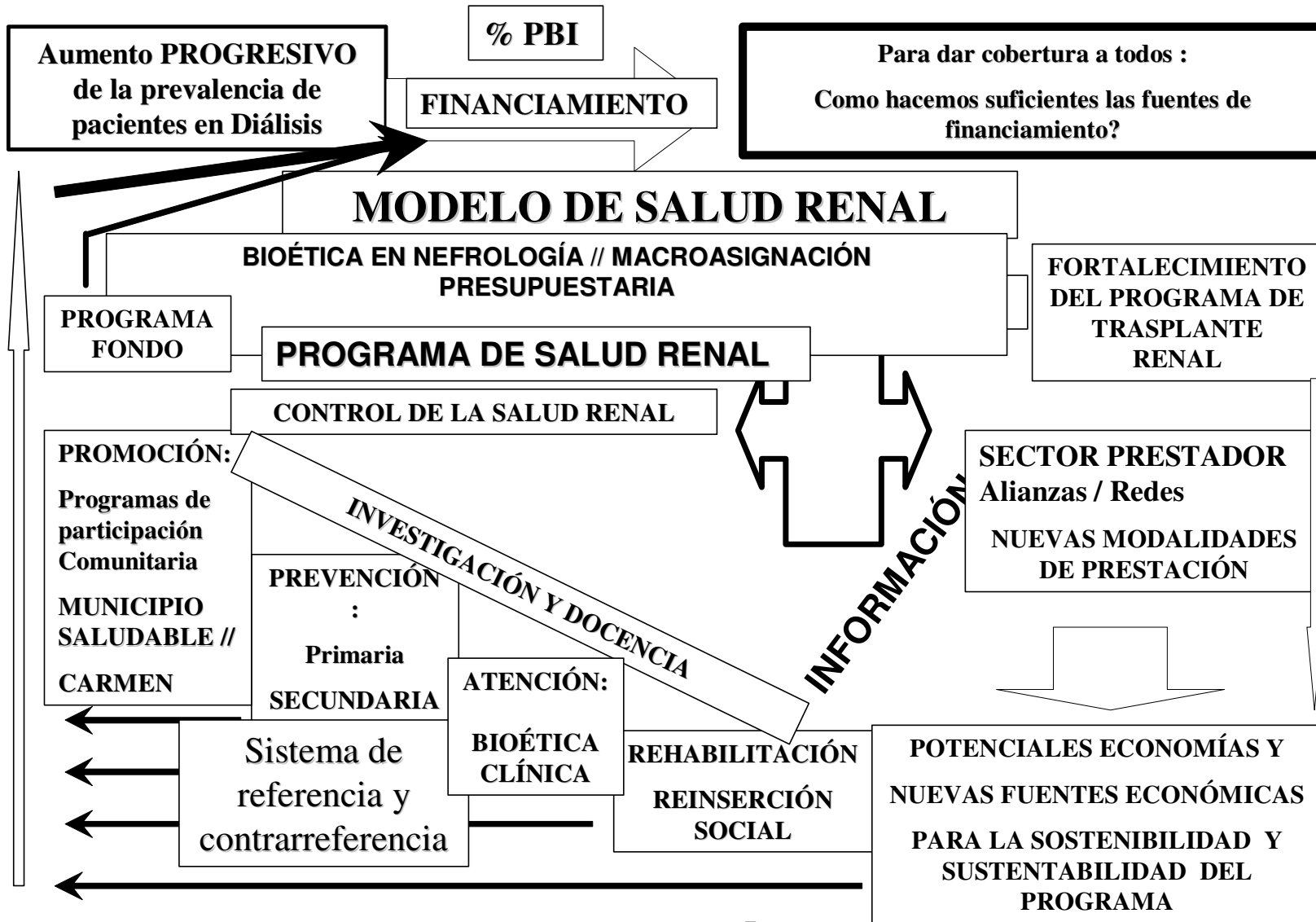


Figura 4. Desarrollo Conceptual del Modelo / Programa de Salud Renal

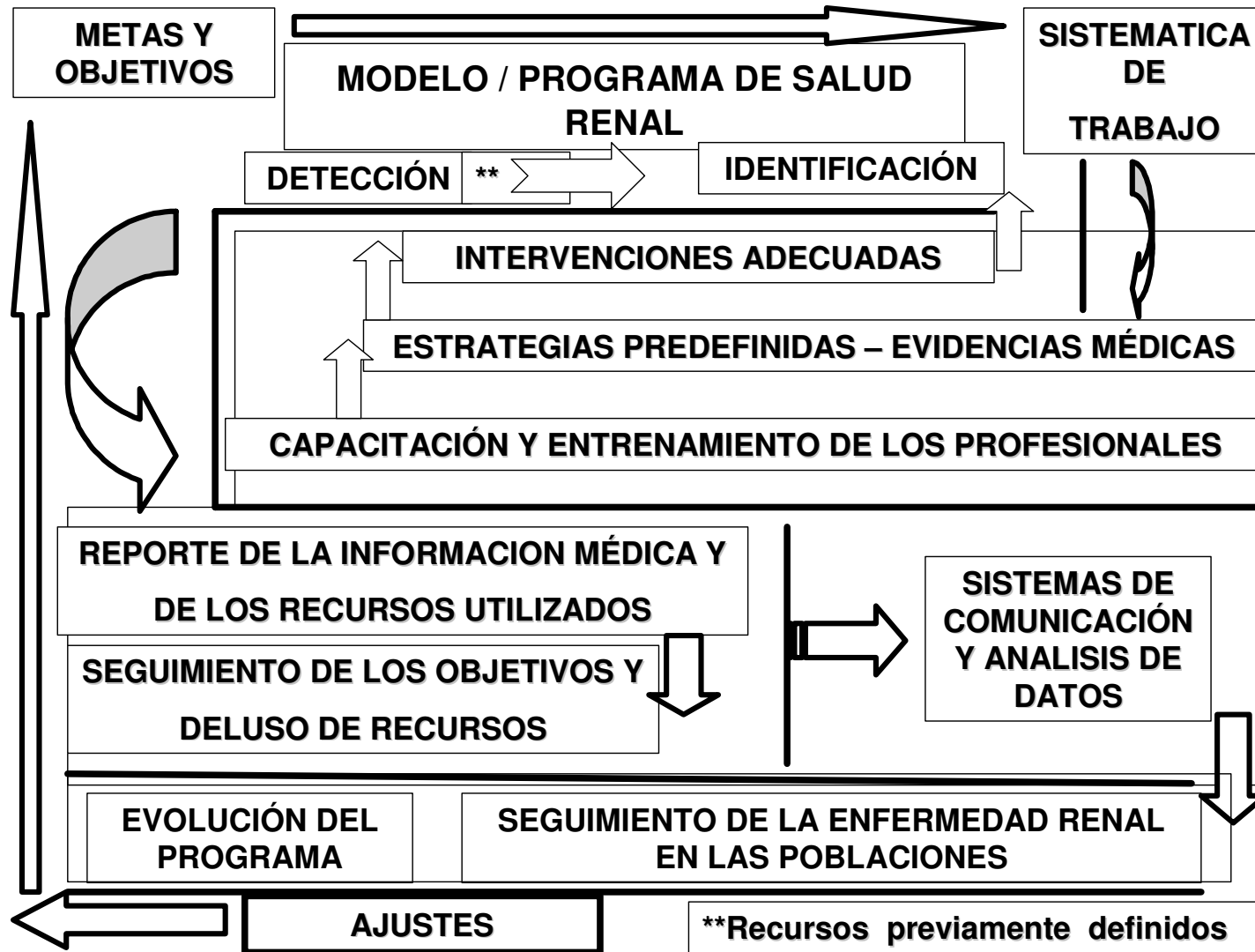


Figura 5. Planilla de Seguimiento y Matriz de Clasificación, Remisión y Regresión de la Enfermedad Renal

Obra Social:		No.RENOS:		No.Afiliado:		
Nombre del Paciente:						
Edad:	Sexo:	Peso:	Clasificación Inicial			
			VFG Estadio	TA Grado	Proteinuria Nivel	
Diagnosticos:						
Variables	Clasificación		Tiempo expresado en Meses			
	Resultado	Estadios	Inicial	1	2	3
Velocidad de la Filtración Glomerular Estimada por Fórmula (en ml/m)*	> 90	I				
	89/60	II				
	59/30	III				
	29/15	IV				
	< 15	V				
Tensión Arterial en mm Hg	Resultado	Grado				
	< 120/80	A				
	120-130/80-85	B				
	130-139/ 85-89	C				
	140-159/ 90-99	D				
	160-179/100-109 180/110 o >	E F				
Albuminuria mg/24 hs Microalbuminuria Proteinuria clínica	Resultado	Nivel				
	< 30	1				
	30/300	2				
	> 300	3				
Seguimiento de Indicadores de Riesgo	Glucemia					
	Hb Glicosilada					
	Colesterol Total					
	Colesterol total/HDL Col					
	Colesterol LDL					
	Hematocrito					
	Calcio ^a					
	Fósforo ^a	*A partir de Estadio III				
	Parathormona ^a					
* Adultos: Cockcroft y Gault (140 - Edad) x (Peso en Kg) / (72 x Creatinina Plasmática (mg/dl) En mujeres x 0.85			Niños: Schwartz:BL x K / Creat.Plasm(mg/dl) K= prematuros 0.35,a termino 0.43,lactantes 0.5 niños 0.55, adolescentes 0.7/// BL=talla en cm			
Fecha:	Prescripciones y observaciones:					
__/__/__						

Figura 6.

Actores y Niveles de Decisión Posibles

