

Políticas sanitarias

Hacia un modelo de Salud Renal

La Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión, la Administración de Programas Especiales y el INCUCAI desarrollaron los días 10 y 11 de abril, con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud, el taller "Hacia un modelo sustentable y sostenible de salud renal".

El Dr. Santos Depine, representante de la SLNH, entrevistado por Médicos Hoy, presentó las características del proyecto que no sólo se planea implementar en la Argentina, sino en toda América Latina. El Dr. Depine argumenta la necesidad del desarrollo de esta iniciativa regional señalando, entre otras razones, que "en Europa, un promedio de 600 pacientes por millón de habitantes accede a la diálisis; en Estados Unidos, más de 1000 y en Japón, 1328. En América Latina sólo acceden al tratamiento con riñón artificial 240 pacientes por millón (en Nicaragua únicamente 4). Evidentemente hay mucha gente que se está muriendo".

La curva evolutiva de un paciente diabético insulino dependiente demuestra que, alrededor de los 42 años, llega a un daño renal permanente. Si este paciente tiene, además, una situación de hipertensión arterial, la evolución natural de la enfermedad se reduce 9 años. "¿Qué quiere decir esto?"- pregunta el Dr. Santos Depine, Secretario del Comité de Salud Renal de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión- Que si hay una buena prevención secundaria, una buena calidad de atención médica, se puede prorrogar la evolución natural de la patología evitando la comorbilidad, e incluso, en el mejor de los casos, evitar el daño renal permanente". Esto no sólo tiene relación con la calidad de vida del paciente, también está estrechamente ligado al costo del Sistema de Salud. Según informa el Dr. Depine, cada paciente en diálisis tiene un costo directo de alrededor de 7000 dólares. Esto implica, además, costos indirectos que pueden superar el 60 por ciento de los costos directos, a lo que se suma que el paciente que comienza un tratamiento por diálisis, debe mantenerlo de por vida, a menos que se realice un trasplante. El proceso de envejecimiento de la población completa este preocupante panorama para la economía de la Salud, ya que, a partir del aumento de la expectativa de vida y la cronicidad de la enfermedad renal, el número de pacientes en esta situación aumenta en forma geométrica en todo el mundo.

-¿Qué características tiene el Modelo de Salud Renal que se propone establecer en la Argentina?

-Primero, hablamos de "modelo" porque incluye distintos programas en su estructura, y uno de los ejes sobre el cual se desarrolla es el concepto de Salud Renal, que incluye, además de la promoción, la prevención, la rehabilitación, el cruce y la interrelación con la investigación y la docencia. Estos aspectos dentro del programa son lo que llamamos el "Control de la Salud Renal". El foco que estamos poniendo para el desarrollo del modelo está en salir del paradigma del concepto psicofísico de la enfermedad y llevarlo al concepto biopsicosocial. Para esto planteamos, dentro del marco de la promoción, la participación de los especialistas en los programas de Salud comunitaria o calidad de vida, como el de Municipios Saludables, de la OPS. En lo que hace al tratamiento, uno de los puntos fundamentales del modelo será el fortalecimiento del programa de trasplantes. En prevención, focalizamos en la prevención secundaria. Hemos hecho distintos estudios sobre cómo impacta sobre la evolución natural de la enfermedad y vimos que tiene consecuencias económicas muy directas, además de las consecuencias sobre la calidad de vida. Hay estudios que demuestran que con las medidas de prevención que hay hoy en día, los elementales hábitos higiénico-dietéticos y todo lo que tiene que ver con las herramientas farmacológicas, permiten modificar esta evolución natural. Desde el punto de vista de los medicamentos, la mayoría de los que se llaman inhibidores de la enzima de conversión son los que generan esta posibilidad. Por otra parte, al prolongar la evolución natural de la enfermedad, se evita un impacto en el costo directo por parte de los financiadores de la Salud de aproximadamente 7000 dólares por persona por año. Hoy se habla de una epidemia de diabetes a nivel mundial y esto hace que la población de enfermos renales crónicos esté en constante crecimiento. Si consideramos que en el contexto de esta epidemia, el 27% de los pacientes diabéticos va a llegar a tener enfermedad renal permanente con necesidad de tratamiento con

riñón artificial, el impacto económico es atroz. El 50% de la cantidad de pacientes en diálisis en Estados Unidos son diabéticos. En ese país, los expertos calculan que si sigue creciendo geométricamente la población tal cual está dándose en este momento, su costo directo de prestación va a duplicarse, llegando a 28 billones de dólares. La economía de los países no resiste la alta prevalencia de la enfermedad renal crónica. Esto es lo que estamos viendo a nivel latinoamericano, que hay profundas asimetrías e inequidades. Por ejemplo, si hacemos un balance de lo que está pasando en el país, hay aproximadamente 17.000 pacientes en diálisis, con una prevalencia de pacientes por millón de habitantes de 477.4 a un corte en junio de 2002. En países europeos, está por encima de los 600 pacientes por millón. También en Chile está así. Hay países como Puerto Rico que tienen 735 pacientes en diálisis por millón. Estados Unidos tiene más de 1000 y Japón tiene 1328. Pero si comparamos la media de toda Latinoamérica, que son 240 pacientes por millón de habitantes, esto denota que evidentemente hay mucha gente que se está muriendo. Por eso, estamos trabajando desde la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión, con el auspicio de la OPS, para desarrollar lo que llamamos el "Nuevo Modelo de Salud Renal para Latinoamérica", dentro del cual se encuentra el taller que realizamos con el Ministerio de Salud de la Nación para diseñar un modelo argentino.

-¿Este modelo en la Argentina se desarrollaría desde la OPS y la Sociedad de Nefrología o se realizará desde el Ministerio de Salud?

-Se haría trabajando en conjunto, pero el órgano de aplicación sería el Ministerio de Salud. El marco en el cual deberíamos desarrollar la normativa sería el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. El documento que se ha plasmado después del taller muestra a las claras esta necesidad y se habla de la formación de una comisión donde estén articulados todos los sectores: público, privado, financiadores, Seguridad Social, entidades gremiales, sociedades científicas. Debe haber una amplia representatividad porque éste es un problema que impacta fuertemente en todo lo que tiene que ver con la Salud Pública.

Financiamiento del Modelo

Como los costos del tratamiento de las enfermedades renales son muy altos y en estas patologías existe lo que se llama prevalencia "imputada", ya que cuando el paciente entra en tratamiento, permanece en general, de por vida, el modelo debe incluir necesariamente el aseguramiento de los fondos. "Estamos propiciando que se discuta la creación de un "fondo especial" que implicaría la necesidad de reformular todo el dinero que hoy se está gastando a través de una legislación adecuada".

-Cuando Ud. habla del "dinero que se está gastando", ¿a qué se refiere específicamente?

-Me refiero a lo que sabemos que se está gastando, el costo directo, y el que no sabemos que se está gastando, el costo indirecto. Desde el punto de vista del costo indirecto, por prestación, hay un porcentaje que en los pacientes diabéticos insulino-dependientes, es el 61% de los costos totales. Quiere decir que solamente el 39% es lo que nosotros vemos como gasto. Se realizan muchos otros gastos que pasan desapercibidos para los financiadores. En los pacientes diabéticos no insulino-dependientes, este incremento en el impacto del costo indirecto sobre el costo total, sube al 70%.

Para ver la importancia que tiene esto, hemos confrontado la cantidad de pacientes que hoy tenemos con la cantidad de pacientes que debieron haber accedido al tratamiento y si decimos que hoy tenemos 17.000 pacientes y nosotros tuviéramos la media de prevalencia que tienen los países europeos, nos estarían faltando alrededor de 20.000 pacientes en diálisis. Pero si estos pacientes hubieran entrado, habría que sumar alrededor de 250 millones de pesos a los 458 millones de pesos que estamos gastando en este momento por año de costo directo. Esto no quiere decir que no se deba hacer, pero es muy probable que estos pacientes que ingresan a diálisis, ya estén entrando con un gasto previo muy fuerte y una comorbilidad muy alta que genera gastos adicionales. Esto, en la mayoría de los casos, es consecuencia de una mala prevención secundaria, de una mala asistencia, porque los médicos generalistas no están muy al tanto de cómo tratar determinadas patologías. Entonces se generan comorbilidades que no son detectadas a tiempo y esto produce un efecto de arrastre que deteriora mucho más la enfermedad de base y a su vez, produce más gastos de tratamiento. Entonces, si nosotros logramos ahorrar un 30% de estos fondos y ponerlos en estos recursos que aseguren la posibilidad de acceso, estaríamos

haciendo una campaña muy fuerte en beneficio de la población y de la calidad de vida de los pacientes que tengan esta problemática.

Hay muchos países que han establecido fondos especiales para la cobertura de Salud de los pacientes. Por ejemplo, Chile tiene el FONASA, que es el Fondo Nacional de Salud. Uruguay tiene el FONARE, el Fondo Nacional de Recursos. En nuestro país existe el Fondo de Redistribución Solidaria para las Obras Sociales que aportan al sistema, pero ninguno de estos fondos ha separado los recursos que aseguren el financiamiento específicamente para la enfermedad renal, que tiene este crecimiento geométrico y este impacto tan importante. Creemos, además, que el desarrollo debe ser a nivel nacional. En un país federal como el nuestro, tiene que haber una perfecta articulación con las provincias y el recurso humano, los médicos, tienen que estar perfectamente consustanciados con el modelo.

-¿Cómo se propone asegurar estos fondos? ¿A través de una ley?

-Lo ideal sería poder legislarlo. En algunas oportunidades se planteó la posibilidad de legislar fondos específicos, pero hasta este momento, salvo el de Redistribución, no se han podido imputar fondos. Habría que buscar mecanismos que no fueran interpretados como impuesto directo, sino como un redimensionamiento de los fondos que están disponibles en este momento. En el modelo debemos plantear cómo generar los ahorros en otras áreas.

-¿Este proyecto ya fue presentado a las Cámaras Legislativas?

-No, porque recién hemos comenzado a instalar el tema en el Taller. Esto es algo en lo que tendremos que avanzar.

-¿Existe algún mecanismo de aseguramiento para que el proyecto pueda seguir desarrollándose con continuidad, más allá de los gobiernos de turno?

-Durante el Taller se firmó un documento, la Declaración de Buenos Aires 2003, por las autoridades del Ministerio y también por las sociedades científicas, tanto la Sociedad Latinoamericana, como la Argentina de Nefrología, los organismos financiadores como las grandes Obras Sociales nacionales, representantes del PROFE, del PAMI, en fin, distintos sectores que tienen que ver con esta problemática y se resolvió generar un espacio de discusión en el Programa Nacional de Garantía de Calidad para asegurar la posibilidad de seguir discutiendo este tema.

-¿Existe algún plazo para el desarrollo del modelo?

-Nosotros tenemos previsto comenzar a armar la comisión de trabajo para normatizar los aspectos relativos al modelo. A esa comisión van a ser convocados también los prestadores.

Recapitación de los médicos

"A partir de haber puesto el foco en la prevención secundaria, se plantea reconvertir al médico nefrólogo para que tenga una visión amplia desde el punto de vista de la clínica y al médico de cabecera, para que tenga una mayor "expertise" en todo lo que tiene que ver con la problemática de la enfermedad renal, que en general es la consecuencia final de enfermedades como la diabetes, la hipertensión, enfermedades endócrinas, totalmente prevenibles y controlables adecuadamente, en la medida en que se sepa cómo accionar". "Se ha incorporado dentro del programa la determinación del momento en que el médico generalista debe transferir al paciente al médico especialista. Hoy en día lo que vemos es que esta transferencia es muy tardía y muchas veces este médico no está capacitado para tratar adecuadamente estas patologías renales que están asociadas a otras enfermedades de base. Entonces, dentro del modelo se propone la implementación de una matriz de seguimiento de los pacientes, que determina en qué estadio evolutivo se encuentra desde el punto de vista de su función renal a través de tres variables fundamentales: 1) cómo están filtrando los riñones 2) la proteinuria y 3) la cifra de tensión arterial. Con estas tres variables se establecerán estadios para realizar el seguimiento. Esto va a ser fundamental para saber si realmente con el programa estamos interviniendo adecuadamente para modificar la evolución natural de la enfermedad. Para hacer esto se requiere capacitación. Nosotros hablamos de educación permanente en servicios, o sea, todos los médicos que están trabajando en distintos ámbitos, en consultorios, en centros de salud, tienen que estar perfectamente preparados como para poder detectar esta situación. Y ahí estamos estableciendo -y esto merece ser discutido en forma muy amplia- que hay niveles en los cuales ya la enfermedad renal está tan instalada, que pensamos que el médico especialista, en este caso el nefrólogo, tiene que hacerse cargo de la salud global de ese paciente, o sea, transformarse en su

médico de cabecera. Esto implica también la reconversión del médico nefrólogo, lo que requiere una capacitación -si bien es una especialidad muy clínica- como para actualizar algunos conceptos que están muy frescos en el médico de cabecera. Hay todo un trabajo a desarrollar que consideramos que va a impactar muy positivamente en todos estos aspectos que tienen que ver con la enfermedad renal y, lógicamente en las otras patologías que son las que llevan a la enfermedad renal. Porque es muy raro que la enfermedad renal sea primitiva".

Organización

"Las herramientas de planificación del modelo son el programa operativo anual y una 'matriz de asignación de actividades y recursos', donde se asignan actividades y también qué recursos deben tener, tanto humanos como físicos. Hay muchas actividades que están duplicadas. Estamos convencidos de que el Programa Nacional de Diabetes realiza actividades que probablemente hacen otros programas y esto hace dobles imputaciones presupuestarias. Esta matriz es un documento que produce para el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, la OPS y el Ministerio de Salud, que demuestra, cuando uno cruza distintos programas, que existen duplicaciones. Y siempre la actividad que se desarrolla va contra presupuesto. O sea, alguien está pagando".

Modelo regional

-¿Cómo se piensa implementar el modelo a nivel regional?

-A través del Instituto de Recursos de Salud de las Américas, institución perteneciente al Comité de Salud Renal de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología, se están desarrollando actividades en los países de la Región como el taller que se organizó en Buenos Aires y también otros que se realizaron en Costa Rica, Paraguay, Chile y próximamente en Brasil, México y Venezuela.

-¿Existe la posibilidad de establecer un modelo de Salud renal a nivel latinoamericano en el cual, además de capacitación se compartan políticas, tecnología e insumos?

-No, esto es inviable. En cada país debemos buscar la respuesta y la solución que el país puede brindar.

[Volver al Índice](#)