

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS ESPECIALES
MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

Lineamientos para la Implementación de un
Modelo Sustentable y Sostenible
de Salud Renal

Informe Final

Santos Depine, MD, MPH

Noviembre de 2003

INDICE TEMÁTICO

Agradecimientos

♦ SECCIÓN I

Resumen ejecutivo

1.- Introducción

2.- La inequidad, la magnitud del problema, el dilema ético y el impacto macroeconómico de la diálisis en la Región de las Américas y el Caribe

3.- Análisis de la Situación en la República Argentina

3.1.- Situación Global

3.1.1.- Estimación de la Prevalencia

3.1.2.- Estimación de la Incidencia

3.2.- Situación en la Seguridad Social

3.2.1.- Estimación de la Prevalencia

3.2.2.- Estimación del costo mensual directo en las obras Sociales analizadas

4.- Estimación del Impacto Económico de la Población que potencialmente requeriría diálisis en Argentina

4.1.- En el país en su conjunto

4.2.- En la Seguridad Social

4.2.1.- Estudio de Simulación por Escenarios

- **Escenario 1**
- **Escenario 2**
- **Escenario 3**

5.- Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal

♦ **SECCIÓN II**

6.-Planificación, Programación y Evaluación

- **Árbol de Problemas**
- **Árbol de Objetivos**

7.- La Matriz de Marco Lógico para el Modelo de Salud Renal

- **Modelo de Salud Renal. Programación en Marco Lógico**
- **Programa de Salud Renal. Marco conceptual general y su división en proyectos específicos**

8.- Matriz de Asignación de Actividades y Recursos para el Primer Nivel de Atención en el Programa de Salud Renal.

9.- Matriz de clasificación, remisión y regresión de la insuficiencia renal crónica, y Planilla de seguimiento y evaluación

10.- Conclusiones

♦ **SECCIÓN III**

11.- Anexo. Declaración de Valdivia

Agradecimientos

Este trabajo fue posible por el apoyo y colaboración brindada por numerosas personas y algunas instituciones nacionales.

En primer lugar quiero agradecer la confianza y el apoyo que me ha brindado el Lic. Eugenio Zanarini, Interventor de la Administración de Programas Especiales del Ministerio de Salud (APE), como impulsor de este trabajo y a posteriori con sus oportunos consejos e indicaciones.

Asimismo a la Lic. Maria Pía Vidal, Coordinadora General de la APE por el apoyo administrativo brindado, al Dr. Ricardo Otero Gerente de Prestaciones de esa institución con quien hemos compartido las ideas generales del trabajo, la Lic. Cecilia Fernández Coordinadora de Sistemas de la APE, que ha facilitado los recursos informáticos utilizados, las Srtas Ana Laura Lallana y Claudia Keberlein que han apoyado las tareas de secretaría, los representantes de las Obras Sociales que han participado de las reuniones de trabajo realizadas para la discusión de la temática, extensivo a todos los funcionarios de las mismas que han cumplimentado la encuesta realizada, base fundamental de este desarrollo.

Al Dr. Florentino García Scarponi, Consultor en Desarrollo de Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, por sus oportunas contribuciones al mejor logro del trabajo.

Al Dr. Rafael Galíndez, Director por el Consejo Federal de Salud en el Incucaí, quien aportó algunos de sus trabajos acerca de la diálisis en Argentina y con quien hemos discutido la necesidad de establecer mecanismos más certeros de registro.

A la Representación en Argentina de la Organización Panamericana de la Salud en la figura de su Representante Dr. Juan Manuel Sotelo por el soporte realizado, y a la Administración de Programas Especiales por haber posibilitado el uso de sus instalaciones y recursos.

Al Incucai, en la figura de su Presidente, Dr. Carlos Alberto Soratti, por la favorable disposición a participar en este trabajo.

Quiero expresar mi agradecimiento muy especial a la Dra. Silvia Agati, Analista Médica de la Gerencia de Prestaciones de la APE y a la Srta Mercedes del Pilar Maronna, de la carrera de Actuario de la Universidad de Buenos Aires, quienes han sido mis estrechas colaboradoras en la confección del documento, análisis e interpretación de los datos y han enriquecido con sus opiniones el documento final.

MODELO SUSTENTABLE Y SOSTENIBLE DE SALUD RENAL.

Resumen Ejecutivo

El Modelo de Salud Renal es el resultado de un trabajo sistemático que incluyó la toma de conocimiento de la problemática tanto en la Argentina como a nivel de los países de la Región Latinoamericana y el Caribe.

Argentina, al igual que todos los países del globo, presenta una creciente Prevalencia de pacientes en diálisis, no acompañada la mayoría de las veces con un crecimiento proporcional de los recursos económicos a disponer para darle respuesta adecuada, agravada por una ausencia de estrategias de prevención fundamentalmente secundaria, que permitan instrumentar actividades de control de la salud renal, acompañadas en algunas regiones o localidades por la falta de accesibilidad de los pacientes a la consulta nefrológica.

Se proponen acciones, articuladas dentro del Modelo de tal manera que éste pueda ser considerado Sustentable y Sostenible, incluyendo herramientas de planificación, programación y evaluación de resultados mediante el Marco Lógico, Matriz de Asignación de Actividades y Recursos y Matriz de Clasificación de la Insuficiencia Renal Crónica (Clasificación de Puerto Rico), que vinculan la nefrología clínica con los programas de la salud pública.

Los componentes incorporados fueron discutidos en talleres específicos en varios países del área, con participación y asistencia de la Organización Panamericana de la Salud, posibilitando consensos suficientes para dar respuesta con un marco normativo adecuado a los Programas que el Modelo incorpora, incluyendo el Programa de Salud Renal en sus aspectos de Promoción, Prevención, Atención, Rehabilitación, Investigación y Docencia.

En la República Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Administración de Programas Especiales, la Superintendencia de Servicios de Salud, con la asistencia de la

Organización Panamericana de la Salud y la participación del Consejo Federal de Salud, además de representantes de sociedades científicas, sector financiador y prestador, se realizó un taller en el salón de la Jefatura de Gabinete de Ministros, cuyo resultado quedó plasmado en la Declaración de Buenos Aires de abril de 2003.

De acuerdo a ella, como producto de ese espacio de acción compartido y articulado entre todos los sectores y actores involucrados, ya sea desde el financiamiento como de la prestación, el Ministerio de Salud comisionó a la Administración de Programas Especiales para que desde ella se diseñara un Modelo de Salud Renal, se plantearan las bases de las acciones que desemboquen en un marco normativo desde los Ministerios de Salud, con ejecución dentro de la Atención Primaria de la Salud mediante el trabajo en redes con los médicos generalistas o de familia y los médicos e instituciones especializadas.

La dinámica de trabajo propuesta y su posterior ejecución aportará una solución costo-eficiente y eficaz a la problemática de la insuficiencia renal crónica en nuestro país, pues el Modelo con su implementación permitiría generar recursos alternativos, reasignar cuentas de los fondos especiales disponibles, tales como el Fondo de Redistribución Solidaria, para la ejecución de las actividades cuyo eje conductor será la prevención secundaria.

Los resultados esperados serán una consecuencia directa de una reducción de los costos indirectos de asistencia, frecuentemente relacionados a inoportunas intervenciones terapéuticas en las comorbilidades, producto de fallidas o ausentes estrategias de referencia y contrarreferencia de los pacientes que cursan etapas evolutivas previas al daño renal avanzado. Atendiendo a este aspecto, uno de los componentes del Modelo es la Capacitación, tanto para el equipo de salud, el médico generalista del primer nivel de atención como para los especialistas. También se incorpora de manera específica la estrategia de fortalecimiento de los programas de transplante, cuya ejecución debe ser instrumentada por los organismos correspondientes.

1.- Introducción

La evolución de la medicina a través de los siglos ha permitido en la actualidad disfrutar de los grandes adelantos aportados por el conocimiento científico, con un desarrollo casi ilimitado de la farmacología y de la investigación biotecnológica, con tan amplio campo de acción y con sus límites tan tenues, que hoy se requieren nuevas formas de evaluación con el advenimiento de la bioética.

En contrapartida crecieron las inequidades agrandando las diferencias entre los países con elevados estándares de vida, con aquellos cuyas poblaciones viven en su gran mayoría por debajo de la línea de pobreza, de muy frecuente observación en Latinoamérica y el Caribe, a pesar de lo cual el gasto en salud a nivel global se ha establecido en niveles que comprometen seriamente los recursos económicos nacionales, con una alta ineficiencia en las ejecuciones presupuestarias.

En este escenario el rol educativo del médico hacia la sociedad debe adecuarse al estilo de vida de la población en la que actúe y los modelos formativos, todavía centrados en una concepción bio-médica deberían propender hacia la comprensión bio-ético-psico-social-económica-espiritual del ser humano, centrados en lograr y mantener la calidad de vida, e iniciados en la calidad del conocimiento y de la práctica en sus relaciones médico/paciente, médico/familia y médico/comunidad, en el marco de una nueva simbiosis de la salud pública con la nefrología clínica, auspiciada por el Modelo de Sustentabilidad y Sostenibilidad de la Salud Renal.

Su accionar y el del Sistema debe garantizar calidad, eficiencia, y fundamentalmente equidad, otorgando a cada persona y al conjunto social que representa la mayor capacidad de acceso a la salud y a su cuidado.¹

¹ Depine, Santos. El médico en la consulta. La rejerarquización académica de viejas artesanías. Libro: Drogas. Mejor hablar de ciertas cosas. 1997. Facultad de Derecho. Univ Nac. de Bs As

2. La inequidad, la magnitud del problema, el dilema ético y el impacto macroeconómico de la diálisis en la Región de las Américas y el Caribe.

Es conocido que no existen registros confiables del número de pacientes en diálisis en Latinoamérica, siendo todas estimaciones que varían según la fuente consultada.

En 1999, se realizó una encuesta dirigida a las Sociedades de Nefrología de los países Latinoamericanos. Respondieron 17, aportando datos de sus países de procedencia, que estimaba en 107.953 los pacientes en diálisis en ese conjunto, que expresado como promedio de Prevalencia por Millón de Habitantes (PMH) era de 240 PMH (> Puerto Rico 735 PMH y < Nicaragua 4 PMH) y como porcentaje del total de población del área, representaba el 0.04%². Comparando dichas prevalencias, con las reportadas para algunos países industrializados (Alemania 723.5, Canadá 714.1, USA 1305 y Japón 1451.4)³, es posible asumir que un número significativo de pacientes en aquellos países no acceden a las terapéuticas sustitutivas, a pesar de lo cual en su conjunto tenían un gasto directo de prestación de US\$ 1.449.100.000 / año, representando una cápita de consumo habitante / año de US\$ 3.22 y un 0.07% de su PBI consolidado.

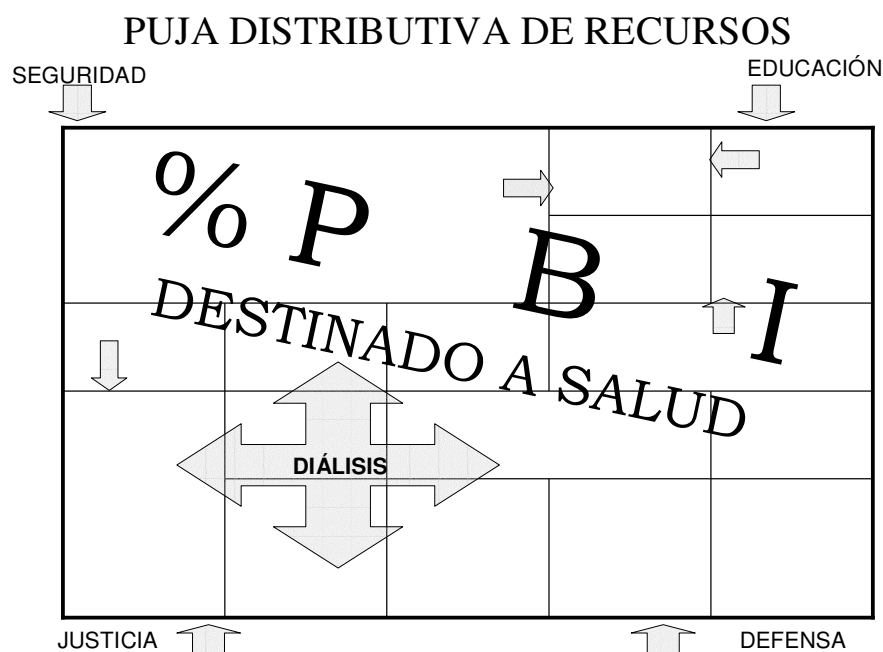
Ante el interrogante de cual hubiera sido el impacto macroeconómico si hubieran ingresado a Diálisis el total de pacientes potenciales, podríamos asumir que se pasaría de un gasto por habitante año de US\$ 3.22 a US\$ 18.33, y de un 0.07 % del PBI a un 0.43% del mismo, mientras que el gasto anual directo para la diálisis pasaría de US\$ 1.449.100.000 a US\$ 8.901.614.285,70. Este “crecimiento” conllevaría la necesidad de recursos adicionales dentro del presupuesto de salud para la práctica de los tratamientos de diálisis, que por no haber sido previstos en curvas actuariales podrían hacer colapsar los Sistemas de Salud, postergando otras prácticas y

² Libro La Nefrología en Latinoamérica 1999. Challú A, Burgos Calderón R, Depine S, Feler D, Manzor D.

³ Registro de Diálisis de USA (USRDS) 2002

generando listas de espera ante la evidencia de la disminución de la capacidad de gestión de los otros sectores de la economía de la salud. Esta situación se ilustra en el gráfico 1.

Gráfico 1. Esquema que muestra la dinámica de la puja distributiva de recursos en los distintos sectores de la economía y el impacto potencial dentro del sector salud si se produjera un crecimiento acrítico y no esperable o anticipable mediante una sistematización programática, del número de pacientes que requieran tratamiento de diálisis



Aquí se plantearía un dilema ético para la macroasignación de los escasos recursos económicos disponibles en la gran mayoría de los países de la Región, que prioritariamente deben dar cobertura a las necesidades básicas de importantes bolsones de una cada vez más numerosa población en pobreza estructural, con exclusión social y en situación de Vulnerabilidad Sanitaria

y por otra parte concurrir a dar cobertura a grupos diferenciados de población que requieren asistencia terapéutica de altísima resolución tecnológica y por ende de mucho costo.

En contrapartida, hoy ningún médico podría declarar terminal a un paciente solo por el hecho de tener una insuficiencia renal crónica permanente, pues la tecnología de la que se dispone y los conocimientos científicos, han posibilitado la separación del órgano en falla del pronóstico vital del enfermo y la barrera de lo posible y lo imposible se ha hecho cada vez más tenue.

Ante el interrogante de cómo distribuir con Equidad y Justicia los recursos disponibles, se postula una matriz de desarrollo secuencial, que considera dentro del conjunto social la interrelación e interdependencia de cuatro sectores llamados Ordenes Sociales.

Es así que existe un Orden Social que tiene determinadas necesidades que deben ser resueltas por el Estado. Luego existe un Orden Político que decide a favor o en contra de que sea el Estado el que brinde esa cobertura, un Orden Jurídico que otorga los instrumentos legales que convaliden la acción política y que señale al Orden Económico la necesidad de la Asignación de los Recursos Económicos.

No existen dudas acerca de las asignaciones que responden a la necesidad de dar cobertura a las necesidades sanitarias del conjunto de la población, lo que podría recibir el nombre de Macro Asignación Primaria, generalmente incorporadas como líneas presupuestarias básicas.

El dilema se plantea ante las necesidades de grupos diferenciados de población, cuyas necesidades son particulares para sus integrantes. Un ejemplo válido para la mejor comprensión de esta situación se encuentra en la manera en que se resolvió la problemática de los pacientes con HIV positivo o con SIDA. Sus necesidades particulares y el alto impacto que determina en las economías de los países el crecimiento de esta situación de salud, sumada a su elevada incidencia y Prevalencia en sectores productivos de la sociedad, llevaron a diferenciar en forma muy clara y específica la Asignación de Recursos, dando lugar a un Fondo Específico para ello, que podría ser diferenciado como una Macro Asignación Secundaria de Recursos.

Existen otras situaciones en el campo de la salud, en la cual se han establecido programas de fondos, muchas veces relacionados a la cobertura de las enfermedades o prácticas de restauración o cobertura de la salud de baja incidencia y alto costo.

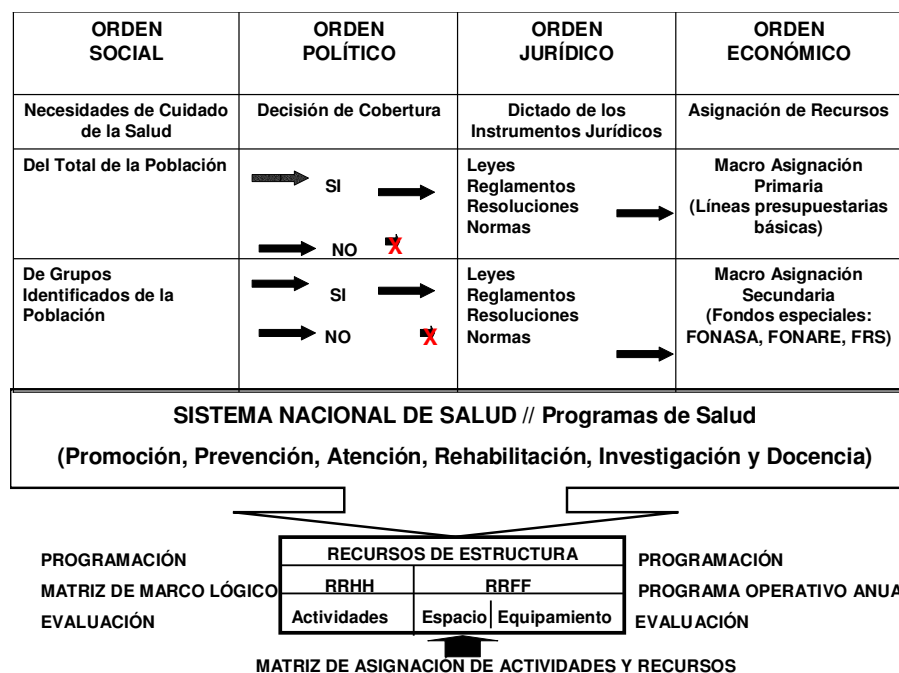
En este sentido se pueden mencionar, entre otros, al Fondo Nacional de Salud de Chile (FONASA), al Fondo Nacional de Recursos de Uruguay (FONARE), o al Fondo de Redistribución Solidaria (FRS) en Argentina, dentro del cual se encuentra incorporada la cobertura de los pacientes HIV-SIDA.

Finalmente el instrumentador de los desarrollos en salud es el sector prestador, quien a través de sus Recursos de Estructura ejecuta las actividades de control de la salud, entendiendo este concepto como el resultante de una adecuada articulación de la Promoción, Prevención, Atención, Rehabilitación, Investigación y Docencia.

Se propone además que coexistan tres instrumentos de planificación, programación y evaluación, tales como el Marco Lógico, la Matriz de Asignación de Actividades y Recursos y el Programa Operativo Anual.

El gráfico siguiente permite analizar este desarrollo.

Gráfico 2. Esquema de desarrollo secuencial en la toma de decisiones políticas, jurídicas, económicas, de planificación, programación, ejecución y evaluación para dar cobertura a las necesidades de salud de la sociedad.⁴



3.- Análisis de la Situación en la República Argentina

Para realizar el análisis de la situación en Argentina, se utilizó una metodología de trabajo que consistió en dividir las áreas bajo estudio, considerando un primer nivel de análisis al país en su conjunto y un segundo nivel de análisis a los Agentes del Seguro de Salud, quienes tienen la responsabilidad de dar cobertura a la población económicamente activa de acuerdo a lo estipulado en las leyes 23.660 y 23.661, y para dar cumplimiento a las normativas estipuladas en el Programa Médico Obligatorio, o Programa Médico Obligatorio de Emergencia tal como ocurre en este momento ante la emergencia sanitaria decretada por el Poder Ejecutivo Nacional.

3.1.- Situación Global.

3.1.1.- Estimación de la Prevalencia

En la República Argentina se dan los mismos condicionantes que en el resto de los países Latinoamericanos y semejantes a los que se observan en el resto de los países del globo.

⁴ Depine, S. Ética y Economía en Salud. Presentación personal. San José de Costa Rica. Abril de 2002

No existen datos confiables acerca de las tasas de Prevalencia e Incidencia de las enfermedades renales, incluso acerca de la cantidad de pacientes bajo tratamiento de Diálisis en cualquiera de sus modalidades.

Es así que la estimación de la Prevalencia de pacientes en diálisis, expresada por millón de habitantes, es diferente según sea la fuente consultada. Coexisten datos distintos aportados por la Sociedad Argentina de Nefrología, asociaciones de entidades prestadoras, o incluso datos internos de las grandes redes de centros dependientes de empresas multinacionales.

Para alcanzar uno de los objetivos de este trabajo, relacionado a la estimación de la Prevalencia de pacientes en diálisis en Argentina, se solicitó información al Incucaí, que es la institución oficial que posee un Registro de pacientes en lista de espera para trasplantes, y otro de los enfermos sometidos a tratamiento dialítico.

De acuerdo a esos datos⁵ la Prevalencia a diciembre de 2002 era de 460.61 pacientes por millón de habitantes (PMH), totalizando 16685 pacientes en el registro.

De la misma manera en que se observan asimetrías en el grado de accesibilidad en los diferentes países, también hacia el interior de la Argentina hay diferentes relaciones entre la cantidad de pacientes que acceden al tratamiento y la población general, lo cual permitiría inferir que hay una diferencia en la accesibilidad a la cobertura de la salud, ya sea en función de la oferta de capacidad instalada, de la facilidad de acceso geográfico a ellas, o de las propias condiciones socio sanitarias y culturales de las poblaciones.

Habiendo analizado la situación en particular en cada una de las provincias argentinas, las tasas de Prevalencia observadas, permitirían fortalecer esta presunción⁶:

⁵ Galindez Rafael. Incucaí. Presentación personal abril de 2003. Taller de Salud Renal. Jefatura de Gabinete de Ministros. República Argentina

	PMH		PMH
Capital Federal	984	Entre Ríos	383
Neuquén	928	Santiago del Estero	360
Jujuy	594	La Pampa	348
Mendoza	563	Catamarca	348
Río Negro	552	Corrientes	316
Tucumán	527	Tierra del Fuego	307
San Juan	481	San Luis	292
Chubut	479	Chaco	281
Córdoba	458	La Rioja	259
Buenos Aires	445	Santa Cruz	248
Salta	438	Formosa	189
Santa Fe	386	Misiones	176

Estos datos presentan una buena correlación con un relevamiento de estos indicadores a nivel de las regiones geográficas de la Argentina, cuya descripción es la siguiente:

- 1) Noroeste: Provincias de Salta, Jujuy y Tucumán
- 2) Cuyo: Provincias de San Juan, San Luis y Mendoza
- 3) Noreste: Provincias de Formosa, Santa Fe, Chaco, Entre Ríos, Corrientes y Misiones
- 4) Patagonia Norte: Provincias de Neuquén y Río Negro
- 5) Patagonia Sur: Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego

A continuación se volcaron los datos obtenidos en un mapa regionalizado del país, tal como se muestra en el gráfico 3.

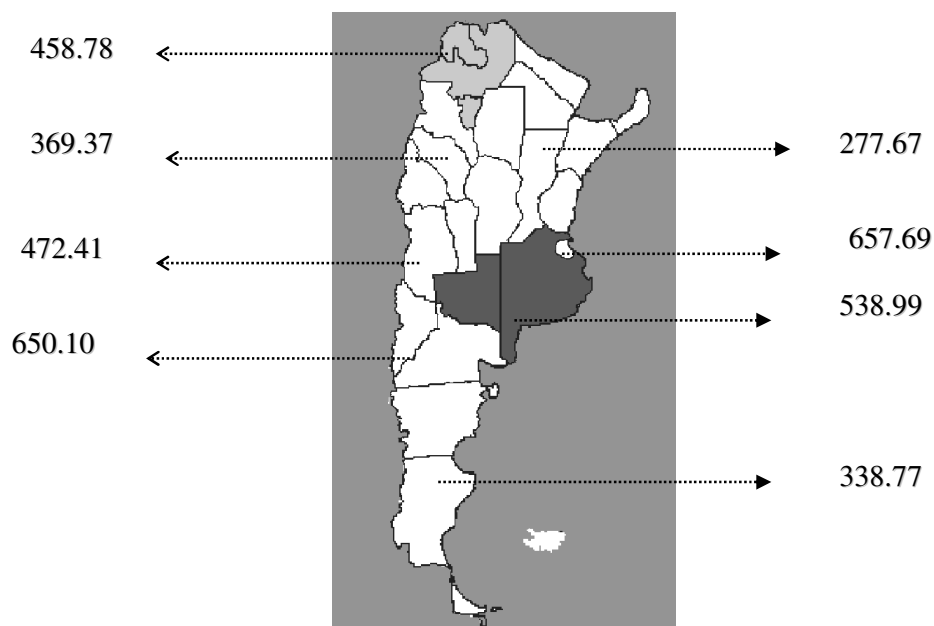
Como fuera mencionado anteriormente existe una buena correlación, pero los valores absolutos obtenidos, a pesar de partir de la misma fuente de procedencia (Incucai), tienen algunas diferencias con los estimados para cada provincia en particular.

Esta situación pareciera convalidar ante la ausencia de un registro confiable y la carencia de información consolidada a nivel global, la necesidad de instrumentar mecanismos que favorezcan mejores registros.

⁶ Incucai. Datos a agosto de 2002

Si bien existen fuentes de datos parciales generadas fundamentalmente por el sector prestador privado, generalmente relacionadas al binomio registro – pago de las prestaciones, una primera conclusión para este trabajo es la generación de una base de datos confiable y abarcativa del total de la problemática.

Gráfico 3. Prevalencia por región geográfica en la Argentina. Tasa PMH



3.1.2.- Estimación de la Incidencia

Para la estimación de la Incidencia a nivel de todo el país, se ha tomado la referencia de la cantidad de pacientes ingresados a tratamiento entre el 01/07/1995 y el 30/06/2001. En ese

periodo ingresaron 14.649 pacientes nuevos, lo cual significó un Tasa de Incidencia Anual cercana a los 80 PMH, el 76.29 % de zonas con el mayor índice de desarrollo humano⁷.

Llamativamente esa incidencia es muy baja cuando se la compara con la de otros países de la Región Latinoamericana con características socio económicas semejantes a la Argentina, tales como Chile y Uruguay.

En un seguimiento de cuatro años, los resultados observados para la Tasa de Incidencia fueron los siguientes⁸:

Países	Año 1998	Año 1999	Año 2000	Año 2001
Chile	121	147	126	123
Uruguay	137	145	126	Sin datos

Estas diferencias permiten suponer que muy probablemente existe en nuestro país un subregistro de pacientes, sumado a una carencia de accesibilidad que estaría determinando que existirían muchas personas con afecciones renales que no habrían sido detectadas con suficiente antelación como para ser incorporadas en un programa sistemático de seguimiento con adecuadas referencias y contrarreferencias.

3.2.- Situación en la Seguridad Social

Con el objeto de aportar mayores elementos a la problemática bajo estudio, el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Administración de Programas Especiales, determinó la necesidad de evaluar las condiciones de cobertura de los tratamientos de diálisis alcanzadas por los Agentes del Seguro de Salud y establecer posibles acciones consensuadas y conjuntas dentro de un Modelo de Salud Renal, que contenga a un Programa de Salud Renal, cuyos ejes

⁷ Araujo J, Galindez R. Incucai. 2001

⁸ Registro de Diálisis de USA (USES RD) 2002

fundamentales se encuentren en la Atención Primaria de la Salud (Primer Nivel de Atención), que posibilite a dichos financiadores primarios conocer con antelación que cantidad de beneficiarios presentan algún grado de deterioro de la función renal y cuales y en que momento podrán requerir asistencia mediante diálisis mediante estudios actuariales incorporados al programa. Como herramienta metodológica de obtención de datos, se realizó la siguiente encuesta que fue remitida a cada Obra Social:

**ENCUESTA: DATOS REFERIDOS A POBLACIÓN BAJO DIALISIS
EXTRACORPÓREA Y PERITONEAL EN LOS AGENTES DEL SEGURO**

NOMBRE DEL AGENTE DEL SEGURO				N° RENOS		
CANTIDAD DE BENEFICIARIOS TOTALES						
CANTIDAD DE BENEFICIARIOS < DE 5 AÑOS						
CANTIDAD DE BENEFICIARIOS VARONES > DE 60 AÑOS						
CANTIDAD DE BENEFICIARIOS DE AMBOS SEXOS > DE 65 AÑOS						
CANTIDAD DE BENEFICIARIOS DE AMBOS SEXOS > DE 75 AÑOS						
CUBRE LOS TRATAMIENTOS DE DIALISIS DE LA POBLACION				SI	NO	X
CANTIDAD DE PACIENTES EN HEMODIALISIS						
CANTIDAD DE PACIENTES EN DIALISIS PERITONEAL						
CANTIDAD DE PACIENTES DISCRIMINADOS POR EDAD DE INGRESO AL TRATAMIENTO						
CANTIDAD DE PACIENTES DISCRIMINADOS POR EDAD ACTUAL						
CANTIDAD DE PACIENTES DISCRIMINADOS POR AÑOS DE PERMANENCIA EN TRATAMIENTO						
CANTIDAD DE PACIENTES EN DIALISIS DISCRIMINADOS POR AÑO	2000	2001	2002	08/2003 ⁹		
CANTIDAD DE PACIENTES INGRESADOS A TRATAMIENTO DE DIALISIS QUE NO SUPERARON LOS TRES MESES DE TRATAMIENTO DISCRIMINADOS POR AÑO	2000	2001	2002	04/ 2003 ¹⁰		
GASTO MENSUAL DIRECTO EN TRATAMIENTO DE DIALISIS		Hemodiálisis		D. Peritoneal		
MODALIDAD DE PAGO (PRESTACION, MODULO, CARTERA FIJA, CAPITA,				PRESTACION		
MONTO ABONADO POR SESIÓN DE HEMODIALISIS						
EXPECTATIVA DE CRECIMIENTO ANUAL DE LA POBLACIÓN ASISTIDA MEDIANTE						
EFECTUA ALGUN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE □OBLACIÓN□ES RENALES A SU □OBLACIÓN BAJO COBERTURA?				SI	NO	
SI RESPONDIÓ SI: DESCRIBA:						

⁹ De enero a agosto

¹⁰ De enero a agosto

Es importante aclarar que dentro de los Agentes del Seguro de Salud existen diferentes responsabilidades de financiamiento según hayan adoptado la modalidad de dar cobertura a sus beneficiarios pasivos o no.

En este último caso y dada la característica invalidante de la Insuficiencia Renal Crónica en su etapa final, que determina la jubilación por invalidez de los trabajadores, la financiación de los tratamientos recae en el Instituto Nacional de Jubilados y Pensionados (PAMI).

Por ese motivo para el análisis de los datos, solo se han tomado en consideración las respuestas obtenidas de aquellas organizaciones que mantienen el financiamiento de la cobertura de salud del sector pasivo.

Otro aspecto que debe ser tenido en cuenta para las conclusiones a extraer, esta relacionado a las características de las actividades laborales y el régimen legal de trabajo y contrataciones.

Existen actividades que tienen característica temporal, relacionados a trabajos con un fin específico y que culminan al ser alcanzado ese objetivo.

Dentro de esa modalidad existen Obras Sociales que nuclean una gran cantidad de trabajadores, habitualmente en actividades de muy bajo poder retributivo, de los sectores de la población más humildes y con menor acceso a la cultura y que por estas características no posibilitan la permanencia de beneficiarios con afecciones serias de su salud dentro de los regímenes de cobertura legales.

Es por ello que estas personas “expulsadas” que por sus características están dentro de los sectores mas vulnerables, no son cubiertas en su totalidad por sus obras sociales, siendo generalmente el sector público el que deba afrontar sus tratamientos.

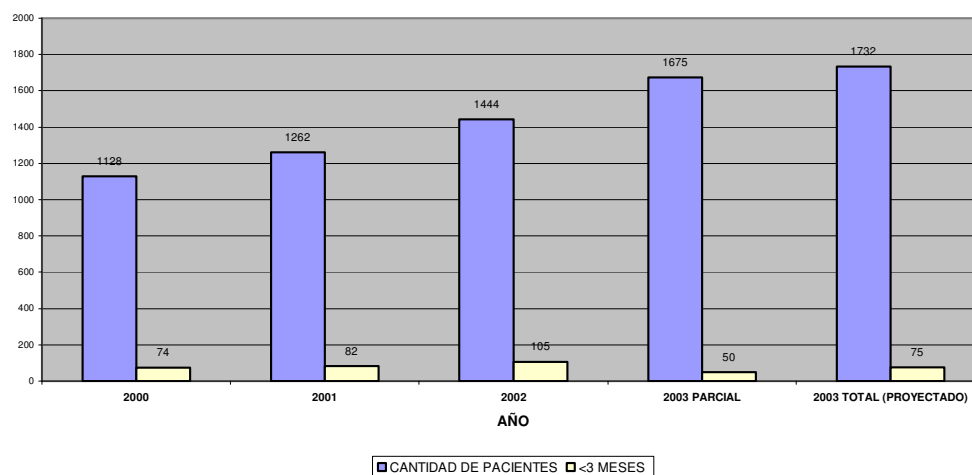
3.2.1.- Estimación de la Prevalencia

De acuerdo a las consideraciones anteriores, para la estimación de la Prevalencia en el sector de la seguridad social, se han analizado los datos aportados por todas las obras sociales que poseen pacientes actualmente en tratamiento de diálisis.

Dado que no obtuvieron respuestas del total de las encuestas enviadas, a los fines de este trabajo se han considerado 50 obras sociales que totalizan en su conjunto 6.524.495 beneficiarios y poseen bajo tratamiento de diálisis a 1682 pacientes por lo que se considera que la muestra es representativa para ese subsector y permitiría hacer inferencias con alto valor predictivo.

En primer lugar se ha podido documentar el crecimiento de la cantidad de pacientes tomando como referencia los años 2000, 2001, 2002, y 2003 proyectado.

Gráfico 4. Cantidad absoluta de pacientes sobre 6.524.495 beneficiarios

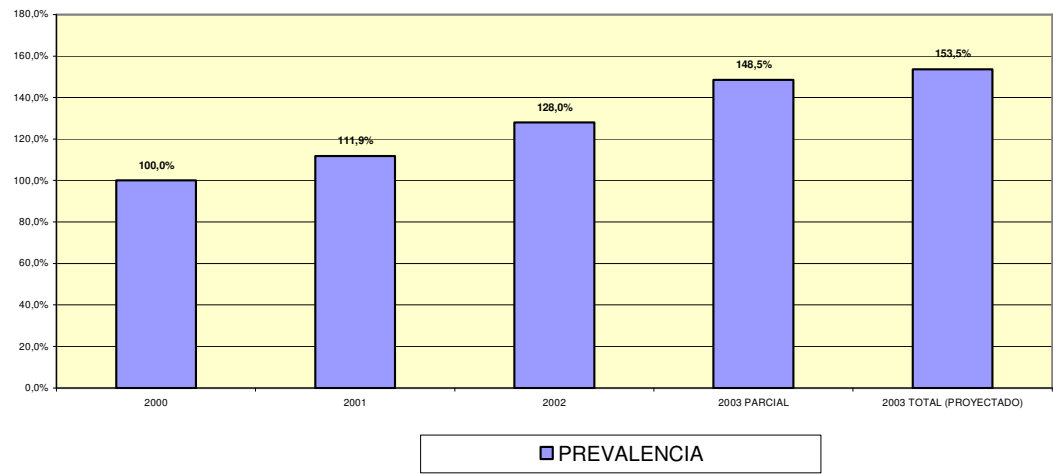


Estos datos arrojan una Tasa de Prevalencia global expresada por millón de beneficiarios (PMB) de 257,80 PMB si se la considera analizando cantidad total de pacientes / cantidad total de beneficiarios. Si lo que se analiza es la Prevalencia promedio tomando las prevalencias individuales de cada agente del seguro, la misma es de 342,48 PMB

Analizada la evolución de la Prevalencia, fue posible confirmar en la Seguridad Social, como sucede en este tipo de prestación médica en todos los sectores involucrados con el

financiamiento y cobertura de la Insuficiencia Renal Crónica en todos los países, un incremento permanente. Esto se grafica en los siguientes gráficos.

Gráfico 5. Crecimiento porcentual de la Prevalencia base 100. Desde el año 2000 hasta el año 2003 (proyectado a diciembre) el incremento de la Prevalencia es de 53,5 %



Si se analiza la tasa de crecimiento anual de la Prevalencia, tomando como base el año anterior se observa un promedio de incremento anual de un 15,4 %

Gráfico 6. Incremento de la Prevalencia en % tomando como base el año anterior

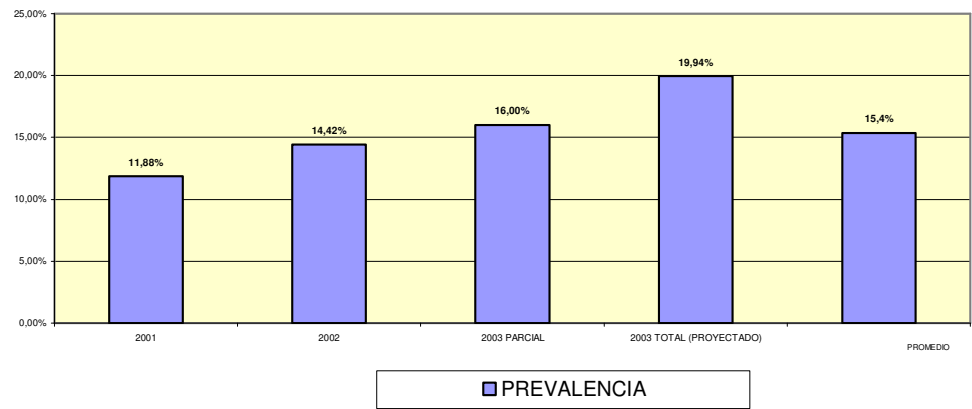


Gráfico 7. Cuadro comparativo que muestra la distribución asimétrica de la Prevalencia en las diferentes obras sociales.

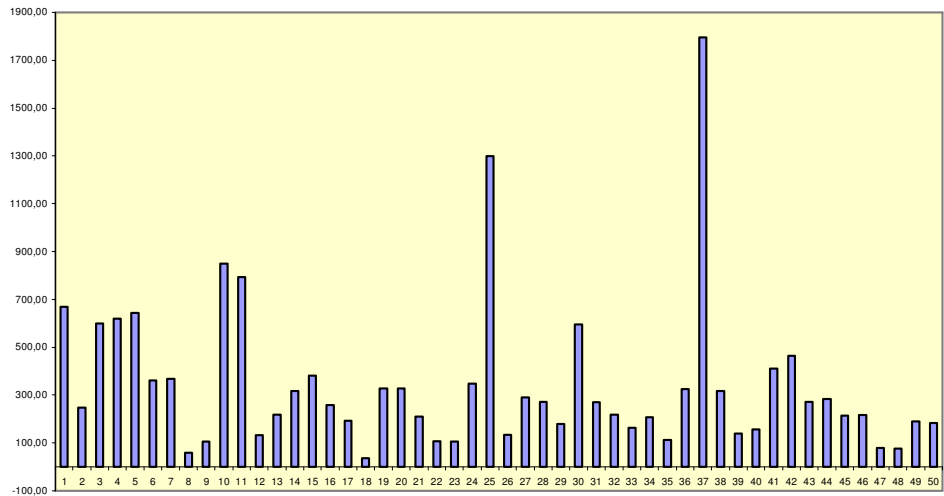
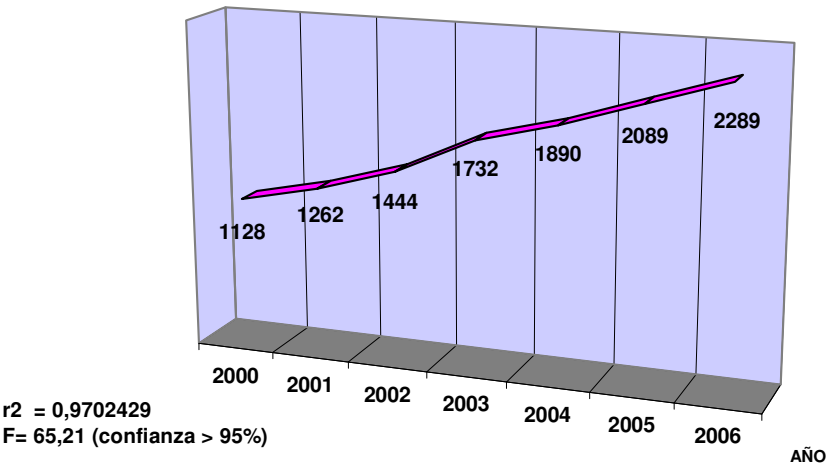


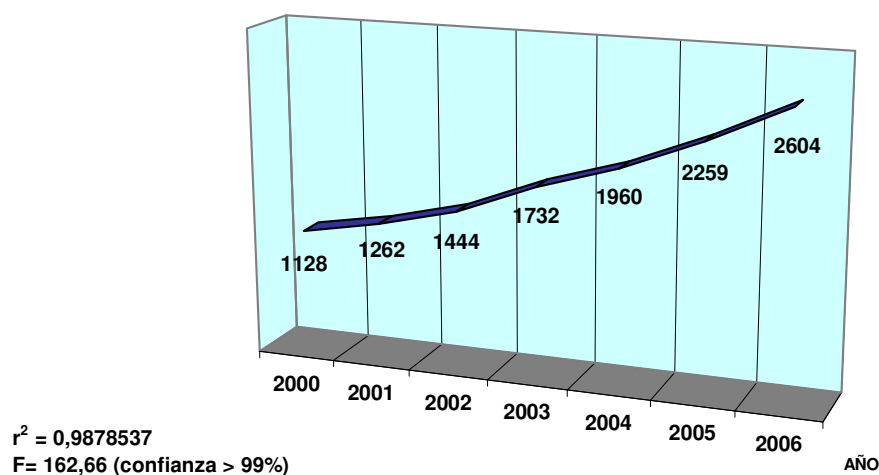
Gráfico 8. Estimación del crecimiento de la cantidad de pacientes como una función lineal, estimando para diciembre de 2003 la existencia de 1732 pacientes. A fin de 2006 existirían 2289 pacientes



Los resultados obtenidos (r^2 y F) demuestran una alta confiabilidad. Dado que no es habitual que la Prevalencia tenga un crecimiento lineal, sino por el contrario se presenta su crecimiento como una función exponencial, por las características derivadas de la mejor supervivencia de los pacientes que se van sumando año tras año de tratamiento, se realizó el análisis de los datos encuestales para valorar el grado de confiabilidad obtenido ante un crecimiento exponencial.

Los resultados son mostrados en el siguiente gráfico.

Gráfico 9. Estimación del crecimiento de la cantidad de pacientes expresado como una función exponencial.



Es interesante observar que en este último caso, tanto por el r^2 y F resulta más confiable proyectar un crecimiento exponencial de la Prevalencia que uno lineal.

Es así que es esperable que en el año 2006 existan 2604 pacientes en diálisis, partiendo de los mismos 1732 pacientes a fines de 2003.

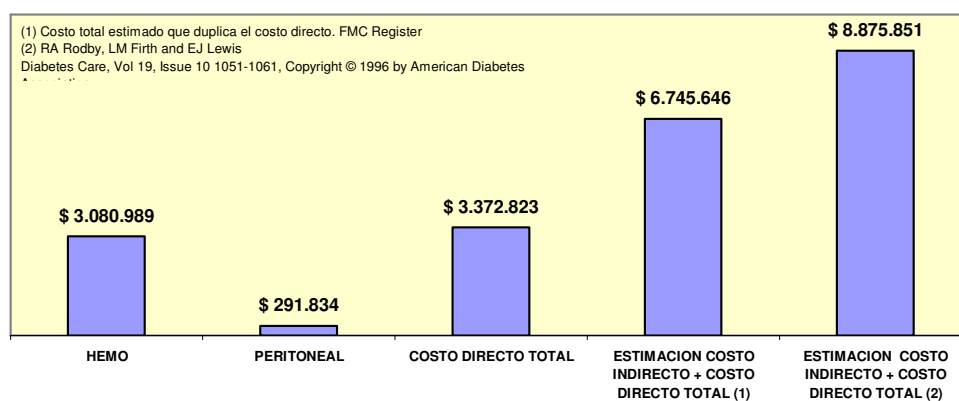
Esta situación se relaciona íntimamente con el impacto económico de su cobertura.

3.2.2.- Estimación del costo mensual directo en las obras Sociales analizadas

En la actualidad, tomando como base los pacientes que están en tratamiento y el promedio de pago por sesión en la Seguridad Social (\$ 166), es posible conocer el costo directo e inferir el costo indirecto de los tratamientos.

Para ello se ha tomado la referencia de los montos efectivamente abonados, extrapolando para el costo indirecto los resultados de algunos estudios que sitúan el costo total en el doble o casi el triple del costo directo.¹¹

Gráfico 10. Estimación del costo mensual directo, indirecto y total sobre 1682 pacientes de la Seguridad Social

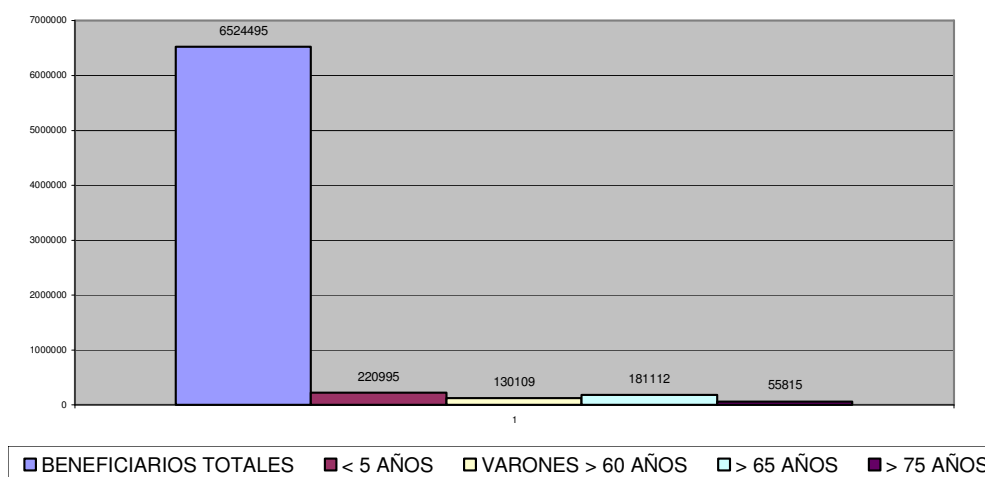


Si proyectamos el costo total mas alto al año 2006, asumiendo la curva de crecimiento exponencial, es esperable un costo total para las mismas obras sociales, bajo las circunstancias actuales de cobertura de \$ 13.741.210,46.

¹¹ (1) Costo total estimado que duplica el costo directo. FMC Register.
(2) RA Rodby, LM Firth and EJ Lewis Diabetes Care, Vol 19, Issue 10 1051-1061, Copyright © 1996 by American Diabetes

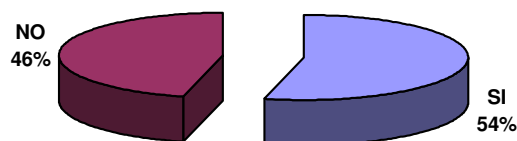
A los fines de aportar mayores detalles que otorguen mayores sustentos a la necesidad de ejecutar un Modelo de Salud Renal que pueda ser Sustentable y Sostenible, se han documentado otras variables relacionadas con las características de la población en tratamiento.

Gráfico 11. Se ha considerado dentro de los factores y/o grupos de riesgo la edad de la población cubierta. Es posible observar que es pequeña la proporción de personas de edad avanzada, posiblemente relacionado a lo que ya se ha comentado acerca de la selectividad de cobertura hacia los grupos de población en actividad laboral de numerosas Obras Sociales.



Si graficamos esta situación de cobertura del sector pasivo por parte de las Obras Sociales encuestadas, observamos lo siguiente:

Gráfico 12. Porcentaje de obras sociales que otorgan o no cobertura al sector pasivo



Es interesante detectar la edad de ingreso de los pacientes a la diálisis, así como su edad actual y ponderar el tiempo promedio de permanencia en el tratamiento. Dado que es habitual que no exista recuperación de la función en esta etapa final de su enfermedad, salvo muy escasas excepciones, este promedio permitiría hacer algunas consideraciones acerca de la efectividad de los tratamientos.

Gráfico 13. Edades de ingreso al tratamiento

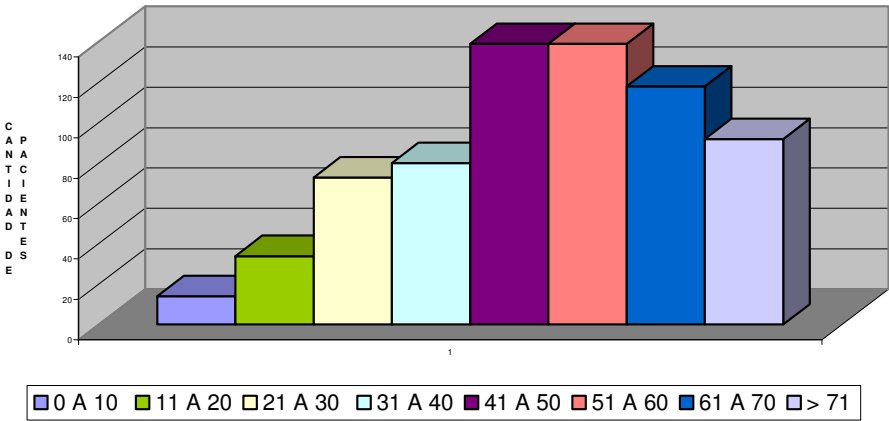


Gráfico 14. Edad actual de los pacientes

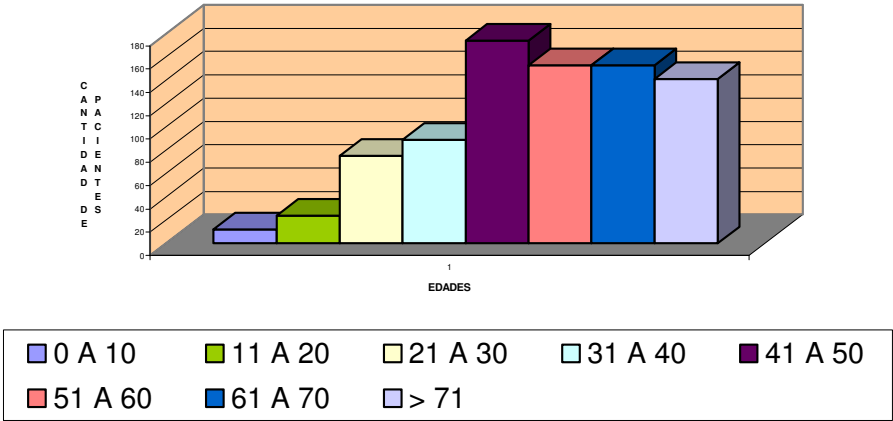


Gráfico 15. Pacientes por años de permanencia en tratamiento

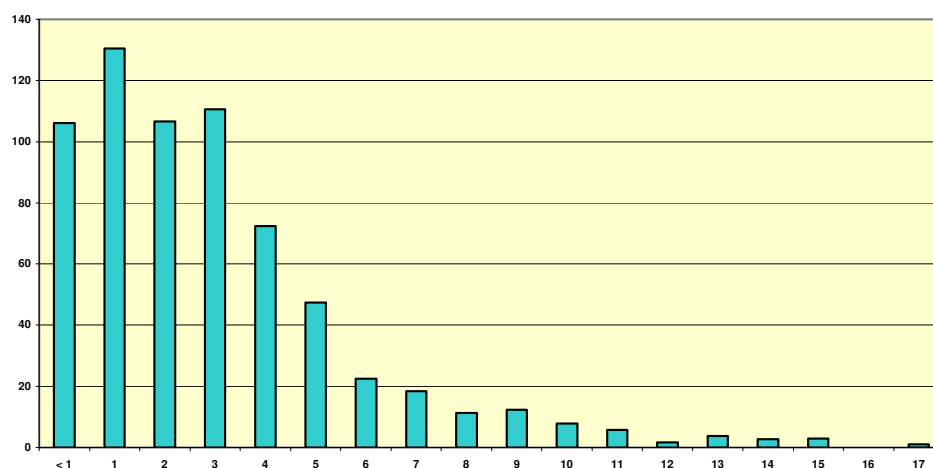
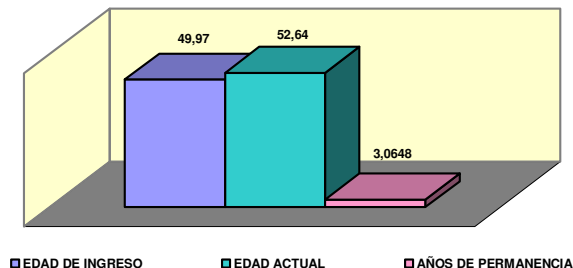


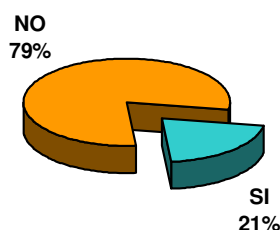
Gráfico 16. Edad de ingreso al tratamiento, edad actual y años de permanencia promedio en diálisis



Cuando se analizó la existencia de programas de prevención dentro de las Obras Sociales, pudo observarse que pocas poseían alguna actividad relacionada ala prevención.

Aquellas que contestaron positivamente acerca de la existencia de dichas acciones orientadas a las enfermedades renales, en su descripción pudo observarse que no poseían en ningún caso un desarrollo sistematizado de las mismas.

Gráfico 17. Porcentaje de obras sociales que poseen o no actividades relacionadas a la prevención.



4.- Estimación del Impacto Económico de la Población que potencialmente requeriría diálisis en Argentina

4.1.- En el país en su conjunto

Para este análisis no se han tomado las prevalencias más elevadas en algunos de los países tomados como referencia, pues se han tomado como base las del año 1999.

Por ese motivo se llamarán prevalencias teóricas a las asignadas, sin hacer mención a los países, haciendo la salvedad que los datos obtenidos de impacto se encuentran por debajo de lo que sería observable en este momento.

Para la Argentina se ha tomado la Prevalencia más alta comunicada, de 477.7 PMH.

La metodología de trabajo ha sido confrontar las prevalencias para estimar el número potencial de pacientes que hubieran debido dializarse, y cual hubiera sido en esa eventualidad el costo directo adicional al ponderado para la Prevalencia base utilizada.

Dicho impacto es de tal magnitud que haría imposible afrontarlo si no se contara con curvas actuariales de expectativa de ingreso de pacientes, sin un programa de regresión y remisión de la enfermedad renal con una base de datos confiable.

Para ejemplificar lo expuesto baste mencionar que en otros modelos de cobertura tales como el Medicare, el 0.79 % de la población beneficiaria, que es la que se dializa, gasta el 7.3 % del gasto total¹², siendo el crecimiento esperado de la población en diálisis el 6 al 8 % / año.

Para ejemplificar lo que podría suceder en nuestro país, se esquematizan los posibles impactos económicos en la siguiente figura

Figura 1. Evaluación de impacto ante el ingreso de pacientes a diálisis según Tasas de Prevalencia de algunos países del globo. Se han tomado países continentales y extracontinentales.

Número de pacientes que no se habrían incorporado al tratamiento de diálisis,
e impacto económico resultante si lo hubieran hecho

PREVALENCIAS TEÓRICAS	Teórico	No se estarían dializando / \$ CDF
1328	48.105	30.812 / \$ 855.587.616
1072	38.832	21.539 / \$ 598.094.952
735	26.624	9.331 / \$ 259.103.208
695	25.175	7881 / \$ 218.839.608
Los costos indirectos se estima que duplican los directos. Ej: media de internación paciente / año 8 a 12 días		
Argentina	477.4	17.293
		0 / \$ 480.200.632

IMPACTO ECONÓMICO > (SOLO COSTO DIRECTO)

4.2.- En la Seguridad Social

Ya hemos mencionado el impacto económico de los tratamientos, tomando como referencia las 50 Obras Sociales estudiadas.

¹² Hirth y col. AJKD. 2001

Para ellas se ha estimado un costo total mensual (directo e indirecto), variable entre \$ 6.745.646 y \$ 8.875.851, según sea la estimación porcentual de incremento por los costos indirectos que hemos analizado. Cuando se efectúa la proyección de su valor máximo al año 2006, el costo total alcanzaría para los 2604 pacientes estimados \$ 13.741.210.46 por mes.

En el caso de la Seguridad Social no es posible seguir la misma metodología de análisis diseñada para el conjunto del país por las diferentes variables involucradas en su Prevalencia, ya detalladas precedentemente.

Sin embargo se ha considerado factible utilizar una metodología de estudio y estimación basada en el comportamiento potencial esperable de las poblaciones bajo su cobertura en relación al desarrollo de afecciones renales, expresadas tanto por la presencia de proteinuria o microalbuminuria, o con falla renal establecida en cualquiera de sus estadios.

Para ello se utilizará un diseño metodológico basado en Modelos de Simulación por Escenarios. Con ellos se procurará estratificar a los potenciales pacientes, según la magnitud de daño renal que podría ser esperado que presenten y que hoy no están siendo detectados y por lo tanto no se está efectuando un seguimiento y control sistemático para lograr la remisión y/o regresión de su daño.

Por ello, se insiste en la hipótesis que plantea que el desarrollo del Modelo de Salud Renal que se propone, permitirá lograr mejorar su calidad y expectativa de vida saludable, enlentecer, detener, o lograr la restitución funcional de sus riñones, o en los casos en que evolucionen indefectiblemente a la falla terminal, efectuar previsiones presupuestarias como resultado de las proyecciones que se podrán efectuar acerca de los momentos en los que dichos pacientes estarán requiriendo la asistencia con los tratamientos de mayor complejidad disponibles.

Para esta investigación se han tomado algunos estudios que otros autores han realizado, que pueden aportar datos de gran utilidad para ser proyectados a la población beneficiaria de la Seguridad Social.

Dichos trabajos referenciales serán aquellos que han documentado en diferentes poblaciones, la presencia de patología renal, ya sea funcional o estructural, extrapolando sus resultados según los escenarios definidos para ello.

Para el primer escenario se ha tomado la referencia del Estudio NANHES III¹³, que ha demostrado que el 4.7 % población total estudiada (15625 personas) en USA, se encuentra en los Estadios III a V o sea con un Filtrado Glomerular estimado con la fórmula de Cockcroft – Gault entre 59 hasta < 10 ml / min. Dentro de ellos, el 4,3 % se encuentra en Estadio III, el 0,2 % en el IV y 0,2 % en el Estadio V.

Por otra parte, 6.3 % esta en el Estadio I y II, o sea con una Filtración Glomerular de normal hasta 60 ml / min de VFG, estando el 3,3 % en el Estadio I y el 3,0 % en el Estadio II.

4.2.1.- Estudio de Simulación por Escenarios

.- Resumen de los datos relevados sobre 50 Agentes del Seguro de Salud:

Numero de Pacientes en Diálisis	Prevalencia Promedio	Costo Promedio por Sesión de HD	Número de Beneficiarios
1682	342,48	\$ 164,72	6.524.495 Estimado: 63 % mayores de 19 años = 4.110.432 ¹⁴

¹³ Catherine M. Clase, Amit X. Garg and Bryce A. Kiberd. Prevalence of Low Glomerular Filtration Rate in Nondiabetic Americans: Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III) J Am Soc Nephrol 13:1338-1349, 2002

¹⁴ Censo nacional de población 2001. Indec

- **Escenario 1**

Para el Escenario 1, se parte de los hallazgos encontrados en el estudio NHANES III (Third National and Nutrition Examination Survey), que estudió una población 15625 personas no institucionalizadas mayores de 19 años mediante. Se investigó la presencia de albuminuria persistente. Se estimó la Velocidad de Filtración Glomerular mediante las fórmulas del estudio “Modification of Diet in Renal Disease Study”, comparada con la fórmula de Cockroft – Gault). Se ha dividido el escenario en dos partes, partiendo de la población identificada beneficiaria de la seguridad social, ajustada por edad, considerando a los mayores de 19 años, según estimación porcentual extrapolada del INDEC.

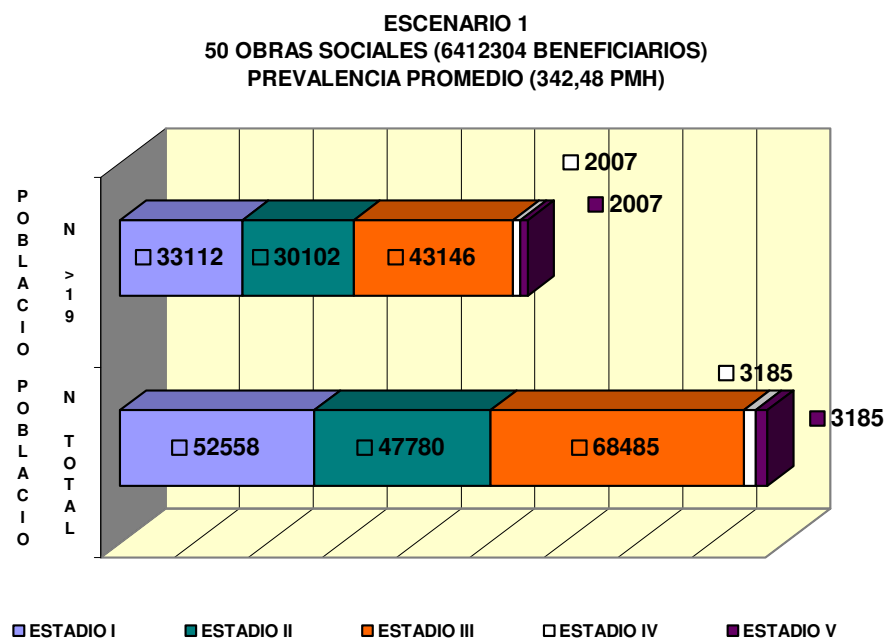
- A) Cantidad esperable de pacientes si la Prevalencia de pacientes en diálisis fuera similar a la de USA.
- B) Cantidad esperable de pacientes ajustado por la Prevalencia Promedio encontrada en la Seguridad Social.

A) Prevalencia en USA: 1403 PMH (Pacientes por Millón de Habitantes)¹⁵ Alícuota = 100 % 11% de personas con albuminuria persistente en diferentes estadios de VFG Estadio I (mas de 90 mil / min): 3.3 % = 135.644 Estadio II (89 a 60 mil / min): 3.0 % = 123.313 Estadio III (59 a 30 mil / min): 4.3 % = 176.749 Estadio IV: (29 a 15 mil /min): 0.2 % = 8.221 Estadio V : (menos de 15 mil / min) 0.2 % = 8.221	B) Valores Ajustados según Prevalencia Promedio en las Obras Sociales: 342,48 PMB (Pacientes por Millón de Beneficiarios) Alícuota = 24,41 % 11% de personas con albuminuria persistente en diferentes estadios de VFG Estadio I (mas de 90 mil / min): 3.3 % = 33.112 Estadio II (89 a 60 mil / min): 3.0 % = 30.102 Estadio III (59 a 30 mil / min): 4.3 % = 43.146 Estadio IV: (29 a 15 mil /min): 0.2 % = 2.007 Estadio V : (menos de 15 mil / min) 0.2 % = 2.007
---	--

¹⁵ Registro de Pacientes en Diálisis. USA. 2002

Este Escenario, visualizado en un gráfico sería el siguiente:

Gráfico 18. Modelo de simulación por Escenarios. Escenario 1.



- **Escenario 2**

Para este Escenario se han considerado algunos estudios realizados en la Argentina.

1.- El primero de ellos ha investigado la presencia de Proteinuria y Microalbuminuria en una población de una provincia del país.

En este caso se ha dividido el escenario en dos partes:

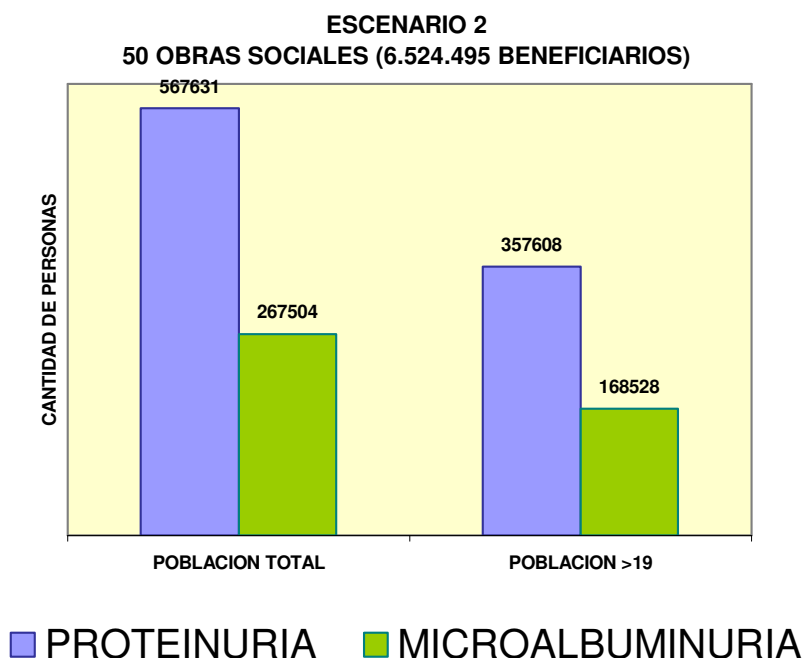
C) Estimación sobre la población total beneficiaria de la Seguridad Social

D) Estimación sobre la población mayor de 19 años (estimada), beneficiaria de la Seguridad Social

.- Tabla: Investigación de Proteinuria y Microalbuminuria en población total			
Provincia de Salta ¹⁶ % de personas con Proteinuria: 8.7 % % de Población con Microalbuminuria: 4.1 %	Estudio sobre población general: No. 6200 personas	C) Extrapolación a la población total de los 50 Agentes del Seguro: 6.524.495	D) Extrapolación a la población mayor de 19 años de los 50 Agentes del Seguro: 4.110.432
	Número de personas con Proteinuria: 539	Número de personas con Proteinuria: 567.631	Número de personas con Proteinuria: 357.608
	Número de personas con Microalbuminuria: 254	Número de personas con Microalbuminuria: 267.504	Número de personas con Microalbuminuria: 168.528

Expresado en un gráfico sería:

Gráfico 19.- Modelo de Simulación por Escenarios. Escenario 2. Presencia de Proteinuria y Microalbuminuria



¹⁶ Fresenius Medical Care Argentina, FMC Register. Información 2002. Citado por García Scarponi, F, OPS Argentina.

2.- El segundo estudio investigó la presencia de valores de creatinina elevados en personas consultantes por cualquier causa a los servicios de atención médica

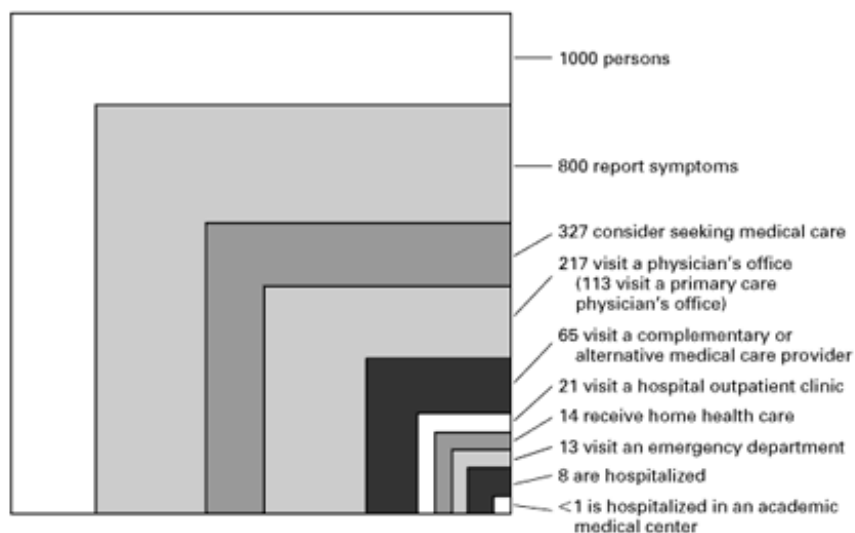
En este escenario, fue necesario establecer una analogía con la metodología del estudio original, cuyos resultados se han circunscrito a población consultante.

Con el objeto de estimar el porcentaje de población potencialmente consultante dentro de la Seguridad Social, ante la ausencia de tasas de uso reales que pudieran ser aplicadas, se decidió utilizar un estudio clásico que ha establecido el comportamiento de la población general ante la presencia de alguna sintomatología y su consecuente consulta.

Dicho estudio¹⁷, y sus revisiones posteriores¹⁸ han mostrado que en una población general de 1.000 personas, si 800 personas tienen algún síntoma de alteración de la salud, solo 237 concurren a la consulta médica.

Dicho estudio desagrega a su vez la diferente calidad de esa consulta, según el esquema:

Figura 2. Tasas de uso referenciales de los servicios médicos en la población general.



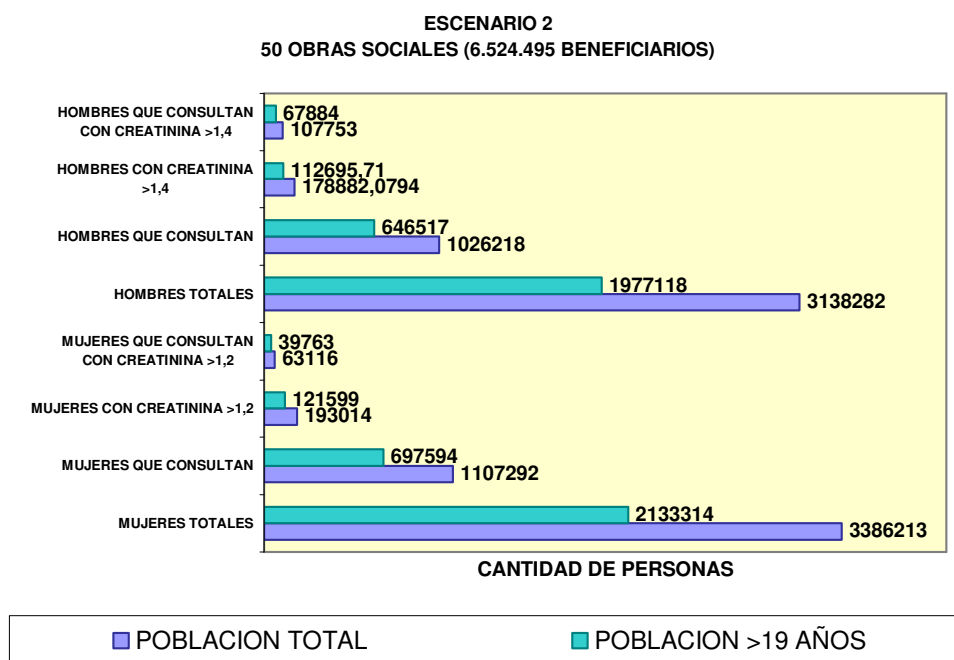
¹⁷ White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med 1961;265:885-892

¹⁸ Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. N Engl J Med 2001;344:2021-2025

El Escenario bajo estudio, define que se estimarán las creatininas elevadas solo en la población consultante beneficiaria de la Seguridad Social, tomando como base los 327 / 1.000 beneficiarios.

.- Tabla: Investigación de creatininas elevadas en población consultante por cualquier causa		
Capital Federal y Primer cordón del Conurbano ¹⁹ % de mujeres con creatinina > de 1.2 = 5.7 % % de varones con creatinina > de 1.4 = 10.5 %	Estudio sobre 97550 creatininas realizadas en población que consultó por diferentes causas	Población potencialmente consultante según tasas de uso referenciales ²⁰ = 327 personas / 1000 Supuesto: a cada una se le efectúa creatinina Sobre 4110432 personas, consultan 1344111=1344111 creatininas
	Número de creatininas en mujeres > de 1.2: 5560.35	Número de creatininas > de 1.2 en mujeres: 39.763
	Número de creatininas en varones > de 1.4: 10242.75	Número de creatininas > de 1.4 en varones: 67.884

Gráfico 20.- Modelo de Simulación por Escenarios. Escenario 2. Hallazgo de creatininas elevadas



¹⁹ Inserra F. y col. Frecuencias relativas de diabetes, creatininemias elevadas y proteinuria en análisis clínicos de Buenos Aires. Congreso Argentino de Nefrología. Tucumán. Abril 2003. (abstrates)

²⁰ The Ecology of Medical Care Revisited. N Engl. J Medicine, Vol 344, No. Ocasional Notes. 26. June 28, 2001.

- **Escenario 3**

Este Escenario, combina los escenarios 1 y 2. O sea que considera a las personas con creatininas elevadas y hace una correlación con la coexistencia de albuminuria persistente en presencia o ausencia de alteración funcional de la Velocidad de Filtración Glomerular

Se han evaluado dentro de este Escenario, dos posibilidades diferentes:

E) Población potencialmente consultante según tasas de uso referenciales sin detección de Albuminuria

F) Población potencialmente consultante según tasas de uso referenciales, con Albuminuria persistente (11%, según el estudio NANHES III)

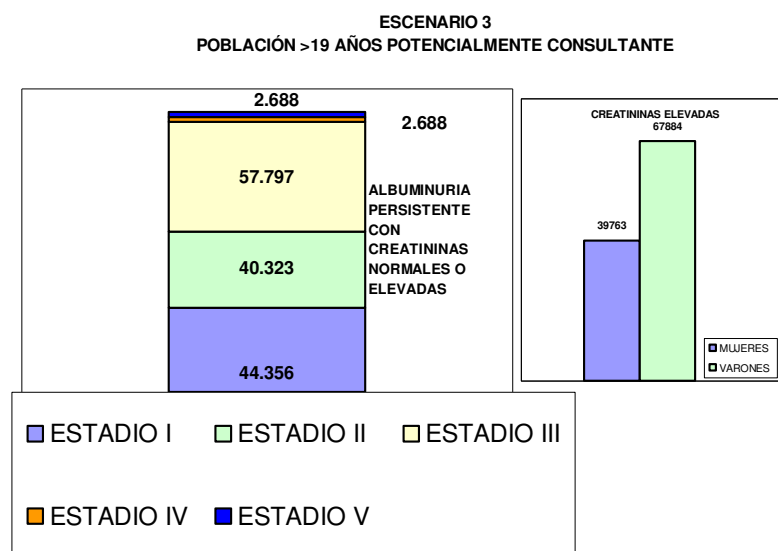
E) Población potencialmente consultante según tasas de uso referenciales ²¹ = 327 personas / 1000 Supuesto: a cada una se le efectúa creatinina Sobre 4110432 personas, consultan 1344111 = 1344111 creatininas	F) Población potencialmente consultante según tasas de uso referenciales ²² = 327 personas / 1000 Supuesto: 11 % presentan albuminuria persistente con distintos estadios de VFG Sobre 4.110.432 personas, consultan 1.344.111
Número de creatininas > de 1.2 en mujeres: 39.763	Estadio I (mas de 90 mil / min): 3.3 % = 44.356 Estadio II (89 a 60 mil / min): 3.0 % = 40.323 Estadio III (59 a 30 mil / min): 4.3 % = 57.797 Estadio IV: (29 a 15 mil /min): 0.2 % = 2.688 Estadio V : (menos de 15 mil / min) 0.2 % = 2.688
Número de creatininas > de 1.4 en varones: 67.884	
Total de personas con creatininas elevadas = 107.647	Totales de personas con albuminuria persistente con creatininas normales o elevadas = 147.852

Cuando se grafica este escenario se puede observar lo siguiente:

²¹ The Ecology of Medical Care Revisited. N Engl. J Medicine, Vol 344,No. Ocasional Notes. 26. June 28,2001.

²² The Ecology of Medical Care Revisited. N Engl. J Medicine, Vol 344,No. Ocasional Notes. 26. June 28,2001.

Gráfico 21.- Modelo de simulación por Escenarios. Hallazgo de creatininas elevadas en la población mayor de 19 años, potencialmente consultante.



5.- Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal

La ausencia de estrategias simultáneas y articuladas para la asistencia de los pacientes con enfermedades renales ha determinado que los países gasten en el proceso salud – enfermedad renal en forma excesiva e ineficiente.

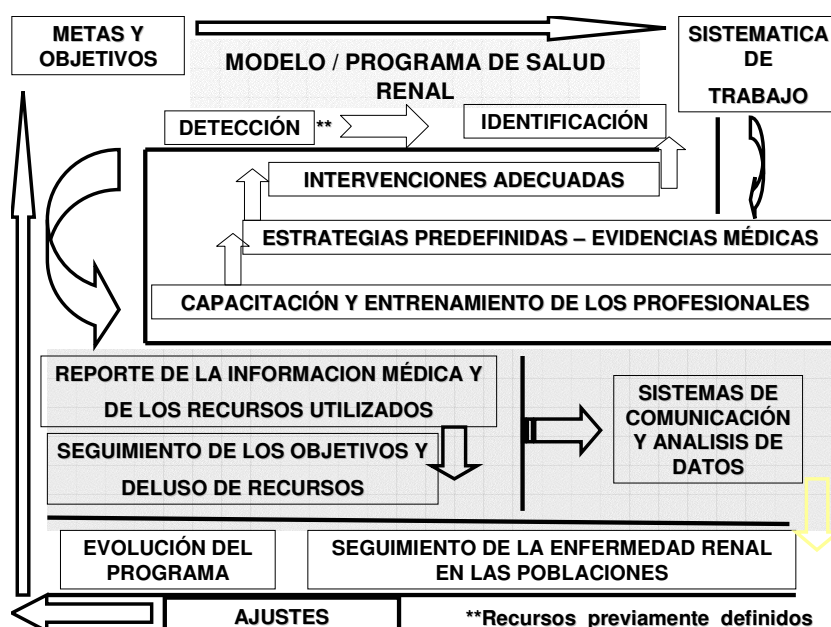
A esto se agrega el conocimiento de un crecimiento exponencial de pacientes que requerirán de la diálisis y el trasplante, con una evidente necesidad de mayor financiamiento que ha puesto en gran preocupación a los administradores de recursos para la salud en la mayoría de los países del globo, especialmente los que se encuentran en vías de desarrollo.

Esta propuesta da una respuesta practicable mediante las estrategias de un Modelo de Salud Renal, cuyos contenidos incorporan la ética de la relación nefrólogo paciente y la de la asignación de recursos.

Ellas, articuladas entre sí, incluyen el fortalecimiento de los programas de trasplantes, nuevas estrategias de asignación de recursos, redes asistenciales público – privadas, componentes de

capacitación y educación permanente en servicio para el equipo de salud nefrológico particularmente el Primer Nivel de Atención, adecuados sistemas de Referencia y Contrarreferencia y sistemas de obtención y análisis de datos para su seguimiento evolutivo, control de los pacientes, que permitirán la elaboración de curvas actuariales de previsión de recursos en función del número esperado de ingresos a la etapa final de la enfermedad y por ende a diálisis.

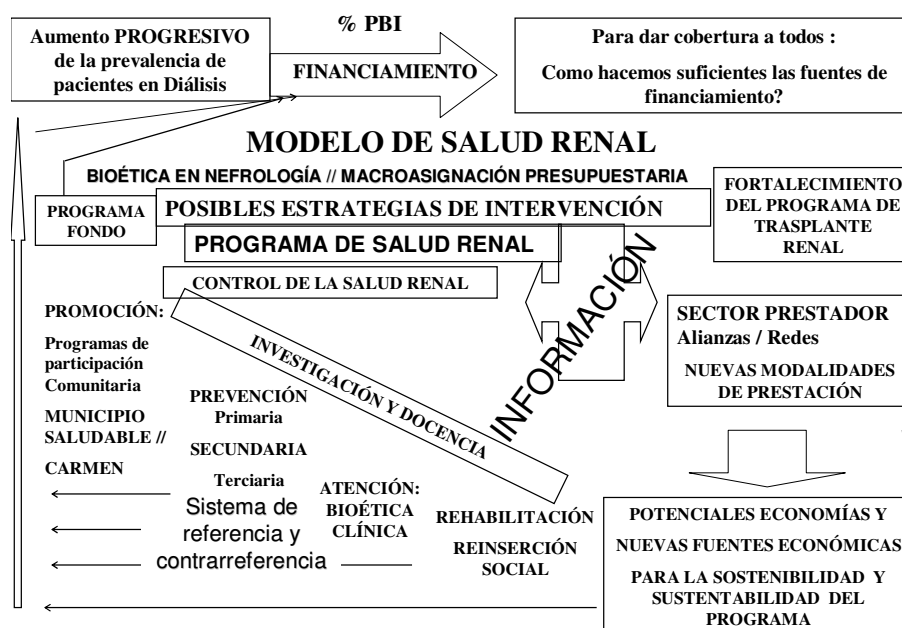
Gráfico 22.- Modelo de Salud Renal. Desarrollo conceptual



La implementación del modelo, permitirá reasignar recursos que hoy se gastan en las comorbilidades y la fragmentación de la atención de los enfermos renales en cualquier estadio previo a la diálisis o al trasplante²³.

²³ Burgos Calderón R, Depine S. Sustainable and Tenable Renal Health Model : A Latin American Proposal of Classification, Programming and Evaluation. Kidney International. 2003. En prensa

Gráfico 23.- Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal. Estrategias de Intervención



Una primera estrategia, consiste en la propuesta de generar y/o hacer reasignaciones presupuestarias dentro de un *Fondo especial* que asegure la disponibilidad de recursos. Estos recursos pueden ser destinados al desarrollo de programas de identificación y seguimiento de pacientes con enfermedad renal, o para dar continuidad a los tratamientos de diálisis. Esta estrategia esta siendo empleada en la actualidad parcialmente en algunos países, a través de fondos destinados al tercer nivel de atención. Como ejemplo debe mencionarse al Fondo Nacional de Recursos (FONARE) en Uruguay o al Fondo Nacional de Salud (FONASA) de Chile.

En ellos, se ha observado una complicación derivada de la generación de una puja distributiva en su interior, privilegiando asignaciones en función de las presiones ejercidas, tanto por los grupos médicos como las agrupaciones de pacientes. Es por ello que estaría justificado en aquellos

países, evaluar nuevas reasignaciones presupuestarias con imputaciones específicas para la necesaria continuidad de tratamientos sin interrupciones.

En el caso de la Seguridad Social en Argentina, el fondo disponible para efectuar dichas reasignaciones puede ser el Fondo de Redistribución Solidaria, administrado por la Administración de Programas Especiales del Ministerio de Salud.

En una primera etapa, dicho Fondo permitiría desarrollar los programas de detección e identificación de pacientes con algún grado de alteración renal, financiando, al igual que con el Programa de Riesgo Cardiovascular, el programa de prevención que se propone.

Ulteriores evaluaciones de factibilidad permitirían reformular otras coberturas adicionales, de considerarse necesario.

Una segunda estrategia, tiene que ver con la instrumentación de los mecanismos de *fortalecimiento de los Programas de Trasplante* y/o propiciar su implementación en los países que aún no lo han hecho.

La tercera estrategia esta vinculada al *Sector Prestador* integrando los sectores públicos y privados, fortaleciendo el trabajo en red para la Atención Primaria de la Salud Renal, tanto para el equipo de salud renal como para las instituciones que participan en la asistencia de este tipo de pacientes.

Una cuarta estrategia es el desarrollo de un *Programa de Salud Renal*, como eje fundamental del Modelo, focalizando el concepto de “control” de la salud renal cuyos componentes y subcomponentes estarán articulados y vinculados a:

.- promoción de la enfermedad renal, mediante la participación plena del equipo de salud nefrológico en los programas y estrategias de salud comunitarios, tales como Municipios Saludables y el Programa CARMEN (OMS – OPS).

.- la prevención de la enfermedad renal, en sus tres niveles, primaria, secundaria y terciaria, particularizando en una primera etapa las acciones en la prevención secundaria.

Es conocido el alto impacto de los programas preventivos en los pacientes diabéticos.

Un estudio ya clásico²⁴, ha demostrado que utilizando una sola estrategia farmacológica de intervención en una población de pacientes diabéticos, se podría producir un ahorro al cabo de 10 años de alrededor de US\$ 2.400.000.000. Otro trabajo publicado, estima mediante un modelo de simulación, que el costo de las complicaciones por cada paciente diabético tipo 2 al alcanzar los 30 años de enfermedad es de US\$ 47.240²⁵.

.- la atención de la enfermedad renal, jerarquizando los postulados y principios de la ética clínica, siendo prudentes al indicar tratamientos de diálisis a aquellos pacientes que puedan obtener un real beneficio terapéutico, y no existan cuestiones médicas que lo desaconsejen, tales como una enfermedad tumoral en su etapa final de desarrollo sin posibilidades de tratamiento, mas que un cuidado paliativo.

La quinta estrategia es la *información*, tanto desde los circuitos operativos como de sus bases de datos.

La ausencia de programas de salud renal convenientemente articulados e incorporados a los programas de área tipo para la Atención Primaria de la Salud en los Hospitales, hace que los ministerios de salud y de economía no puedan contar con información que permita conocer con cierto grado de certeza la demanda real de la enfermedad, la mejor oportunidad de acceso a los tratamientos, los parámetros de calidad empleados, el compromiso y capacitación de los recursos

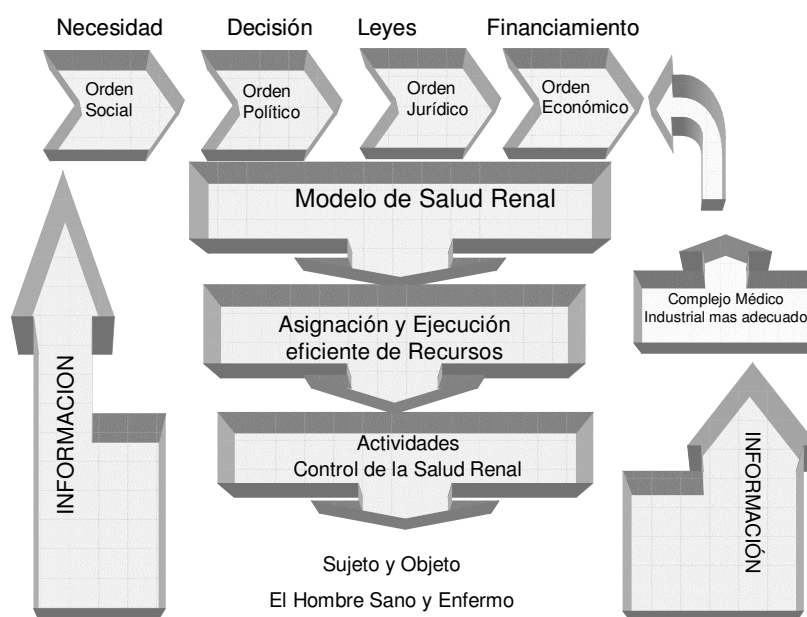
²⁴ An economic analysis of captopril in the treatment of diabetic nephropathy. The Collaborative Study Group. RA Rodby, LM Firth and EJ Lewis. Department of Medicine, Rush Medical College, Rush-Presbyterian-St. Luke's Medical Center, Chicago, Illinois 60612, USA. Diabetes Care, Vol 19, Issue 10 1051-1061, Copyright © 1996 by American Diabetes Association

²⁵ Lifetime Costs of Complications Resulting From Type 2 Diabetes in the U.S. J. Jaime Caro, MDCM, Alexandra J. Ward, PHD and Judith A. O'Brien, RN. Caro Research Institute, Concord, Massachusetts. Diabetes Care 25:476-481, 2002

humanos, la adecuación de las estructuras físicas, en su espacio y equipamiento, las características de acreditación de los insumos empleados, etc., y lo que es igual de importante la ausencia de herramientas técnicas para las previsiones presupuestarias.

Como las actividades se centran en la atención de la enfermedad, el Complejo Médico Industrial vinculado a la práctica se desarrolla en forma fragmentada y sin variables adecuadas de certificación de calidad y equivalencia de productos, mientras que la implementación del Modelo permitiría revertir esta situación.

Gráfico 24.- Influencias favorables que podrían estar relacionadas a la implementación del Modelo de Salud Renal. Incluye una adecuada asistencia a las necesidades reales de la población, una eficiente asignación de recursos, no esta centrado en la atención de la enfermedad, genera información permanente y hace que el Complejo Médico Industrial no se vea fragmentado y pueda contribuir a la generación de recursos en concepto de PBI para el país.



El Programa de Salud Renal, incorporado al modelo, posee una matriz de clasificación de la enfermedad renal, y una planilla de seguimiento de sus regresiones y/o remisiones.

6.-Planificación, Programación y Evaluación

No sería posible efectuar una propuesta sin su correspondiente desarrollo programático que posibilite generar su propia evaluación de resultados, tanto en lo atinente a las metas y objetivos como a las ejecuciones presupuestarias resultantes.

Por ello se han adoptado herramientas matriciales, autoevaluables y sistemáticas. Ellas son la Matriz de Marco Lógico²⁶, la Matriz de Asignaciones de Actividades y Recursos²⁷ y como se ha especificado anteriormente, una Matriz de Clasificación, Remisión y Regresión de la insuficiencia renal crónica con su Planilla de Seguimiento y Evaluación. Además debe contarse con un adecuado Programa Operativo Anual.

Para la programación en Marco Lógico se han identificado los problemas originados por la carencia de un modelo sistematizado de salud renal. Estos problemas son expresados como una cascada de acontecimientos que contribuyen a hacer no sustentable y sostenible la asistencia de la enfermedad renal.

A los fines de este trabajo será identificado como el árbol de problemas y generará como contrapartida un árbol de objetivos, que hará visible los objetivos y las metas posibles de alcanzar con el Modelo de Salud Renal.

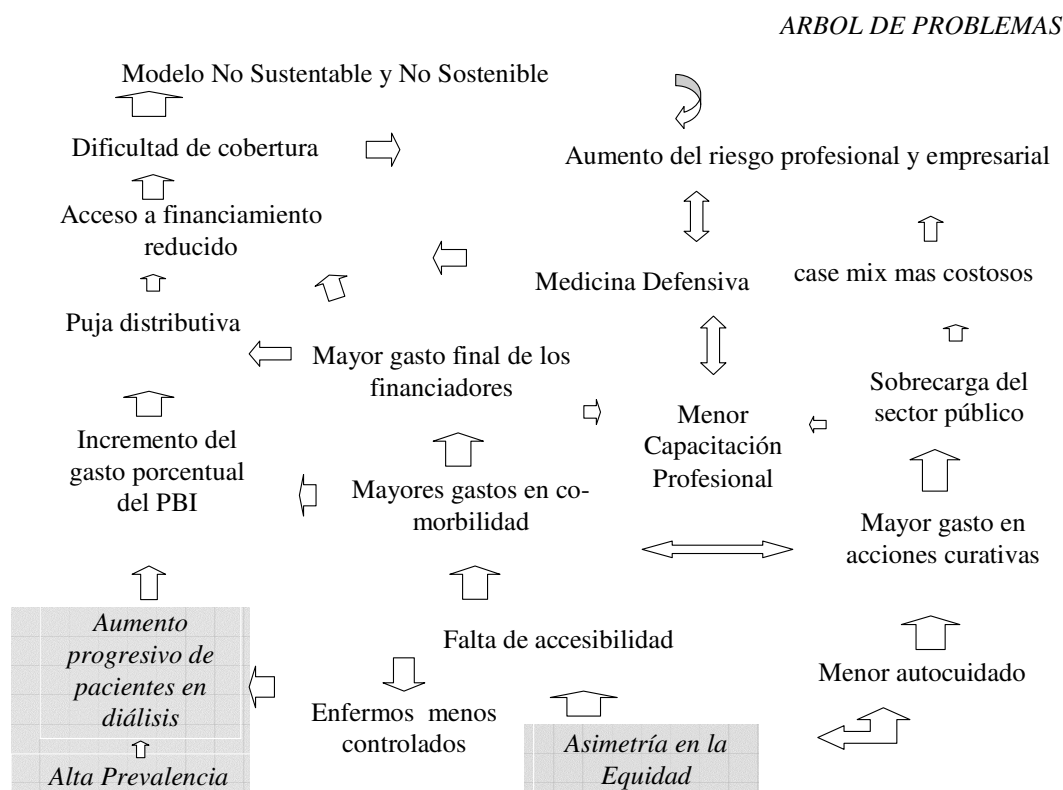
El análisis parte de dos variables conocidas: La primera es el aumento creciente de la Prevalencia y la segunda la asimetría en la equidad en el acceso a los servicios de salud de una gran parte de la población de nuestro país, ya sea por barreras geográficas, culturales y/o económicas.

²⁶ The Logical Framework (Logframe), (Rosenberg & Posner, 1979), (GTZ, 1983), OPS (1994), World Bank (1997), BID (1997)

²⁷ Depine, S. Documento PNUD-Unidad de Financiamiento Internacional en Salud. Ministerio de Salud. Argentina. Febrero 2002.

Todo ello condiciona una cascada que genera un modelo no sustentable y no sostenible y un aumento de riesgo profesional y empresarial.

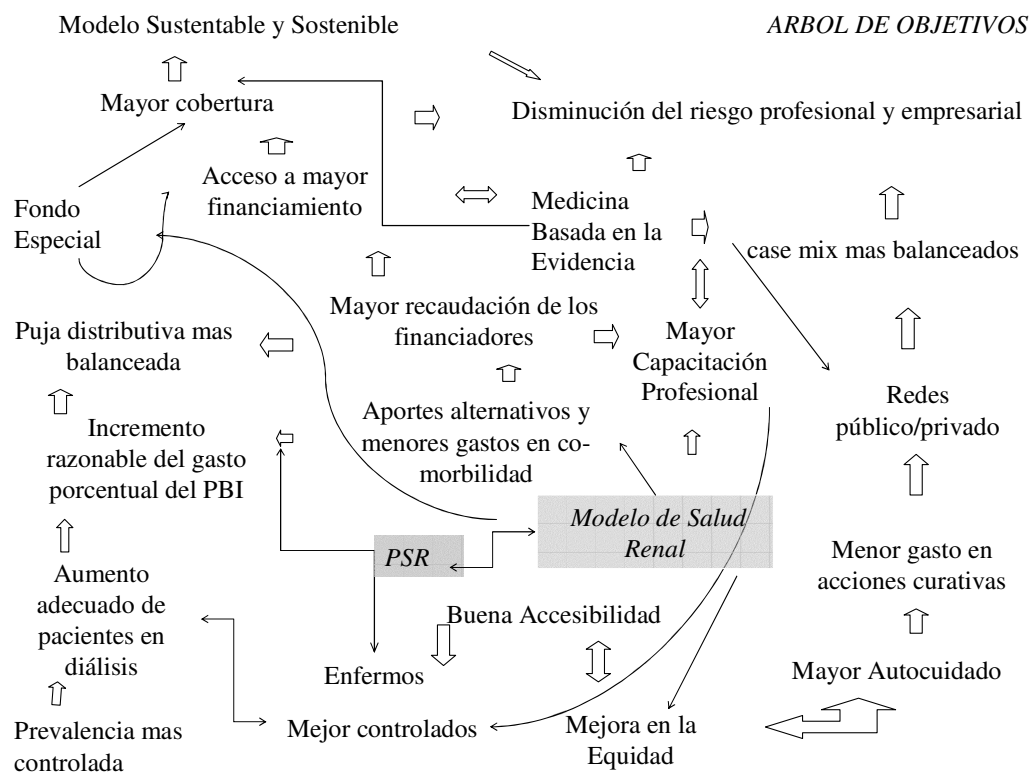
Gráfico 25.- El árbol de problemas esquematiza una sucesión de eventos que podría no hacer sustentable y sostenible la asistencia de los pacientes renales.



El origen de estas consecuencias es el desfinanciamiento del sector, agravado por la práctica de la medicina defensiva, la ausencia de capacitación sistemática dentro de un modelo de salud renal, la fragmentación de la atención, que evaluada con indicadores tales como el case-mix, demuestran la existencia una prestación mas costosa y prevenible en los centros de atención. La ausencia de redes asistenciales público privadas y la sumatoria de problemas sociales, de empleo y de producción en general llevan a un desfinanciamiento del sector privado de la salud, lo cual genera una sobrecarga del sector público.

Del análisis del árbol de problemas, surgen los objetivos a alcanzar, lo cual es posible mediante el desarrollo y ejecución; dentro del Modelo, de un Programa de Salud Renal (PSR), el aseguramiento del financiamiento, la medicina basada en la evidencia, las redes público-privadas, apoyando las estrategias de los componentes de capacitación profesional necesarias para alcanzar la buscada sustentabilidad y la sostenibilidad de la asistencia de los pacientes renales, disminuyendo en forma simultanea el riesgo profesional y empresario a la vez que otorgue accesibilidad a la población.

Grafico 26.- El árbol de objetivos focaliza en las estrategias necesarias para hacer sustentable y sostenible la asistencia de los pacientes renales.



El Modelo se centra en la necesidad real de la sociedad, o sea la demanda real, más que en la que puede acceder y llegar a los médicos o a las instituciones.

El documento de planificación, programación y evaluación, Matriz de Marco Lógico, incorpora dentro de los indicadores verificables los porcentajes de unidades de Atención Primaria de la Salud Renal generadas y/o reconvertidas desde la práctica general, el porcentaje de médicos capacitados o recapitados, y los libramientos presupuestarios para el desarrollo de las actividades.

En cuanto a la Matriz de Asignación de Actividades y Recursos, resulta un instrumento que favorece la distribución en una forma costo eficiente de las actividades en los recursos disponibles, evitando las dobles imputaciones presupuestarias y haciendo más sistemático el seguimiento y evaluación de los resultados.

Además permite incorporar dentro de las actividades algunos algoritmos basados en evidencias médicas, lo cual se constituye en un documento de apoyo a la práctica en el primer nivel de atención.

7.- La Matriz de Marco Lógico para el Modelo de Salud Renal

Modelo de Salud Renal. Programación en Marco Lógico

Fin Hacer sustentable y sostenible a la asistencia integral de los pacientes renales			
Propósito Mejorar la eficiencia y promoción de la equidad en salud renal a través de la implantación de nuevas modalidades de atención primaria de salud renal, modificando las estrategias clásicas de intervención	Programa Fondo Fin Tener disponibilidad de recursos afectados al desarrollo del Modelo	Programa de Salud Renal. Componente Capacitación Fin Mejorar la calidad de asistencia a los pacientes renales y su costo-eficiencia	Programa de Salud Renal. Componente Atención Primaria de la Salud Renal Fin Mejorar la equidad y brindar accesibilidad a las poblaciones para el cuidado de su salud renal
	Propósito Disponer de un fondo para la asistencia económico financiera que permita dar cobertura a los pacientes renales en cada etapa de su evolución ya sea prediálisis, tendiendo a su regresión y/o remisión, o la diálisis y/o trasplante,	Propósito Disponer de profesionales médicos capacitados para la asistencia integral del paciente renal	Propósito Contar con centros de Atención Primaria de Salud Renal distribuidos en el territorio nacional. Generar información confiable sobre las poblaciones con afecciones renales. Poseer algoritmos de sencilla interpretación para su uso en el primer nivel de atención
	Resultados Un Fondo de Recursos Económicos	Resultados Equipo de salud capacitado en el Primer Nivel de Atención Renal	Resultados Numerosos centros preparados para dar asistencia a los pacientes renales, con la mayor accesibilidad Bases de datos Algoritmos de control y seguimiento
	Actividades Reasignar partidas presupuestarias y/o asignaciones	Actividades Cursos, Seminarios y/o Talleres de Capacitación. Programas de Educación Permanente en Servicio	Actividades Hacer un seguimiento sistemático de los pacientes con enfermedad renal. Confeccionar la planilla de seguimiento. Fortalecer la base de datos para las curvas actuariales

Programa de Salud Renal. Marco conceptual general y su división en proyectos específicos

Resumen narrativo de los objetivos	Indicadores verificables	Medios de verificación	Supuestos
1.Fin Mejorar la eficiencia y promoción de la equidad en salud renal a través de la implantación de nuevas modalidades de atención primaria de salud renal, modificando las estrategias clásicas de intervención	•Mejoría de los indicadores de salud renal fundamentalmente en los pacientes diabéticos e hipertensos, prolongando la evolución natural de la enfermedad hacia la falla renal que requiera diálisis, alcanzando la regresión y/o la remisión en tres años, de un 20 % de los pacientes incorporados al programa. - Aumento de la participación de los recursos en APS renal, en un 20 % en tres años. Más de 10% de lo presupuestado para la salud renal proviene de recuperación de costos.	•Registros de los sistemas de información de salud nacionales •Auditorias externas del programa. •Planilla de seguimiento y matriz de clasificación	•El nuevo Modelo de Salud Renal es comprendido y aceptado por la población y los actores involucrados. •Se logran adhesiones jurisdiccionales al Programa. •Se incorpora un Programa de Gestión de Calidad para la Atención Médica Renal, y se vincula a los Programas de Área tipo para APS en los Hospitales Públicos. •Se articula con otros programas de salud.
2. Propósito •orientación de los servicios de APS en salud renal hacia los grupos más necesitados, a través de mecanismos de focalización; •aumento de la accesibilidad y satisfacción de los usuarios a través de la implantación de mecanismos de gestión de calidad	•Aumento de la cobertura de salud renal en especial para los grupos de bajo ingreso; alcanzando un 50 % de crecimiento en tres años •Aumento del número de Unidades de APS renal, creando 50 nuevas unidades de APS Renal y reconvirtiendo otras 100. •Aumento en un 20 % en tres años de la cantidad de profesionales de salud capacitados para APS renal	•Registros de los sistemas de información jurisdiccionales •Registros administrativos de los Ministerios de Salud Nacionales y auditorias externas del programa; •Certificados otorgados por instituciones capacitadoras en salud y contratos de capacitación con las jurisdicciones	•Los incentivos creados son adecuados para atraer a las instituciones, a los profesionales y en especial a los nefrólogos al modelo de APS renal. •El flujo de ingreso de profesionales de salud al nuevo modelo es adecuado a las necesidades del mismo. •Se introduce el marco jurídico del Programa. - Se incorpora a la Ley o Normativa del Presupuesto de Área.
3. Componentes Componentes Regionales: (a) Formación, reconversión y	Metas cuantitativas a ser definidas en una matriz de indicadores de seguimiento.	Monitoreo físico y financiero de las metas del Programa por la Unidad de Ejecución Central correspondiente al	Fueron cumplidas las condiciones contractuales especiales enumeradas en el Resumen Ejecutivo del

Capacitación de Recursos Humanos (b) Adecuación de la estructura de los MS vinculadas al nuevo Modelo de APS renal (c) Preparación de Proyectos Regionales Componentes Nacionales: (a) Sistema de remuneración e incentivos (b) Adecuación de infraestructura (c) Sistemas de información (d) Comunicación social (e) Fortalecimiento institucional	Conclusión de 3 ó 4 proyectos jurisdiccionales o institucionales. Los Indicadores serán definidos en detalle en el marco lógico del Programa de cada Jurisdicción o Institución.	mismo Monitoreo físico y financiero de las metas del Programa por las Unidades de Ejecución Jurisdiccionales y por la Unidad de Ejecución Central.	Programa que fueron aceptadas por las Jurisdicciones y/o Instituciones.
4. Actividades Formación, Reconversión y Capacitación de RRHH en APS Renal • Definición de los perfiles profesionales y mecanismos de certificación y recertificación • Capacitación de corto plazo • Programas de Educación Continua • Apoyo a las estrategias de capacitación en las Jurisdicciones y/o Instituciones • Fomentar las Residencias Médicas orientadas a la APS • Apoyar la revisión de los programas de pregrado para profesionales de salud • Propiciar la adecuación de las estructuras de los Ministerios de Salud vinculadas o a vincularse al Modelo de Salud Renal: ○ Sistema de Información para	El presupuesto del programa y su implementación será incorporado dentro del Programa Operativo Anual.	Monitoreo físico y financiero de las metas del programa por parte de las Unidades de Ejecución de las Jurisdicciones y/o Instituciones y de la Unidad de Ejecución Central si la hubiera. Evaluación de la marcha del programa mediante las planillas del Programa Operativo Anual.	Fueron cumplidas las condiciones contractuales especiales enumeradas en el resumen ejecutivo del Programa. Los recursos presupuestados para el Programa son debidamente asignados cada año en el presupuesto de las Jurisdicciones y/o Instituciones. Se efectúan los ajustes necesarios de acuerdo a los seguimientos efectuados.

APS renal ○ Programas de comunicación social ○ Fortalecimiento Institucional ○ Apoyo para la preparación de Proyectos Nacionales •Dar apoyo para la confección del Programa Operativo Anual a cada Jurisdicción y/o Institución que lo requiera.			
--	--	--	--

8.- Matriz de Asignación de Actividades y Recursos para el Primer Nivel de Atención en el Programa de Salud Renal.

		Promoción, Prevención, Atención, Rehabilitación			
Programa/ Área/Servicio	Destinatario	Actividades Según Programas, Leyes y / o Normas de los Ministerios de Salud de los países	R. Humano Leyes y Normativas vigentes	R. Físico. Según Programa, Leyes y / o Normas de los Organismos competentes en los países	
				Espacio	Equipamiento
Apertura según tipo de Programa/Área/ Servicio: Médica, Odontológica, Bioquímicas, Imágenes y Medio Ambiente	Comunidad, familia, persona, grupo étnico y ambiente físico, al que esta destinada la actividad	Caracterización de las Actividades	Agente de Salud/Médico de Primer Nivel de Atención/Equipo Base de Atención Médica Primaria (EBAMP)/Equipo Profesional de Salud/Equipo de Comunicación Social/Administrativos/ Limpieza y Maestranza	Caracterización del Espacio Físico Funcional para el desarrollo de las Actividades.	Caracterización del Equipamiento Requerido, según Área o Servicio, y los Programas y/o Normas del Ministerio de Salud

		Promoción			
Programa/ Área/Servicio	Destinatario	Actividades Según Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 431/00, RM 208/96, RM 899/01, RM 233/01, RM 542/97, RM 252/99, RM 207/96, RM 401/96, RM 141/97, RM 996/98, RM 126/98, RM 208/96, RM 349/94, RM 126/98	R. Humano Leyes 17132, 23873, 24004, 24301, D 15/95, RM 98/2000, RM 997/2001	R. Físico. Según Programas y/o Normas del Ministerio de Salud (PNGCAM- Decreto 1424/97): RM 252/99, RM 431/2000, RM 47/01, RM 201/98, RM 996/98, RM 208/96, RM 349/94; RM 171/97, RM 233/01, RM 126/98	
				Espacio	Equipamiento
Programa Municipios Saludables	Comunidad	Promover la salud renal con las personas y las comunidades en los espacios donde se vive, estudia, trabaja y juega, incorporando la salud en la agenda de gobierno, impulsando la formulación e implementación en el ámbito local de políticas públicas saludables, la participación comunitaria y la capacidad ciudadana. Promover ambientes y estilos de vida saludables, que favorezcan el cuidado de la salud renal en congruencia con los sistemas de valores y preferencias locales.	Agente de Salud – Equipo Profesional de Salud. Equipo de Comunicación Social/Líderes Comunitarios	Espacio de encuentro	Sala de reuniones. Material Audiovisual. Pizarrón. Rotafolios. Sillas. Escritorios. Elementos pedagógicos.Etc.

		Promoción			
Programa/ Área/Servicio	Destinatario	Actividades Según Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 431/00, RM 208/96, RM 899/01, RM 233/01, RM 542/97, RM 252/99, RM 207/96, RM 401/96, RM 141/97, RM 996/98, RM 126/98, RM 208/96, RM 349/94, RM 126/98	R. Humano Leyes 17132, 23873, 24004, 24301, D 15/95, RM 98/2000, RM 997/2001	R. Físico. Según Programas y/o Normas del Ministerio de Salud (PNGCAM- Decreto 1424/97): RM 252/99, RM 431/2000, RM 47/01, RM 201/98, RM 996/98, RM 208/96, RM 349/94; RM 171/97, RM 233/01, RM 126/98	
				Espacio	Equipamiento
Programa CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles)	Comunidad	•Generar condiciones que desencadenen un cambio en el manejo local de los sistemas de atención sanitaria, tendiente a desarrollar una cultura del cuidado de la salud mediante una gestión local participativa, integrada e intersectorial. •Lograr una mejor calidad de vida de la población. Fomentar el desarrollo del Programa de acuerdo a las condiciones de factibilidad de la aplicación del mismo, disponibilidad de recursos y situación socio-sanitaria. •Colaborar técnicamente con las jurisdicciones y participar en la organización de los proyectos. •Promover la intersectorialidad desde las estructuras del Programa en el desarrollo de las actividades. •Disponer de datos de Prevalencia poblacional de factores de riesgo comunes a las Enfermedades No Transmisibles.	Agente de Salud – Equipo Profesional de Salud. Equipo de Comunicación Social/Líderes Comunitarios	Espacio de encuentro	Sala de reuniones. Material Audiovisual. Pizarrón. Rotafolios. Sillas. Escritorios. Elementos pedagógicos.Etc.

		Prevención			
Programa/ Área/Servicio	Destinatario	Actividades Según Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 431/00, RM 208/96, RM 899/01, RM 233/01, RM 542/97, RM 252/99, RM 207/96, RM 401/96, RM 141/97, RM 996/98, RM 126/98, RM 208/96, RM 349/94, RM 126/98	R. Humano Leyes 17132, 23873, 24004, 24301, D 15/95, RM 98/2000, RM 997/2001	R. Físico. Según Programas y/o Normas del Ministerio de Salud (PNGCAM- Decreto 1424/97): RM 252/99, RM 431/2000, RM 47/01, RM 201/98, RM 996/98, RM 208/96, RM 349/94; RM 171/97, RM 233/01, RM 126/98	
				Espacio	Equipamiento
Programa de Identificación de Factores de Riesgo y Prevención Primaria de Enfermedades Cardiovasculares de la Administración de Programas Especiales del Ministerio de Salud de la Nación	Comunidad beneficiaria de la Seguridad Social	Detección del riesgo cardiovascular en personas sin diagnóstico previo de enfermedades cardiovasculares	Equipo Base de Atención Médica Primaria (EBAMP)/Equipo Profesional de Salud/ Bioquímico/Equipo de Comunicación Social	Domicilio/Centro de Salud/Consultorio de Primer Nivel de Atención/Laboratorio de Análisis Clínicos	Del Consultorio Médico de Primer Nivel de Atención. Del Laboratorio de Análisis Clínicos.

		Prevención			
Programa/ Área/Servicio	Destinatario	Actividades Según Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 431/00, RM 208/96, RM 899/01, RM 233/01, RM 542/97, RM 252/99, RM 207/96, RM 401/96, RM 141/97, RM 996/98, RM 126/98, RM 208/96, RM 349/94, RM 126/98	R. Humano Leyes 17132, 23873, 24004, 24301, D 15/95, RM 98/2000, RM 997/2001	R. Físico. Según Programas y/o Normas del Ministerio de Salud (PNGCAM- Decreto 1424/97): RM 252/99, RM 431/2000, RM 47/01, RM 201/98, RM 996/98, RM 208/96, RM 349/94; RM 171/97, RM 233/01, RM 126/98	
				Espacio	Equipamiento
Programa Nacional de Prevención y Control de la Diabetes	Comunidad	•Mejorar la calidad y esperanza de vida de las personas diabéticas y evitar o disminuir las complicaciones por esta patología. •Procurar el descenso de sus costos directos e indirectos económicos y sociales a través de un programa prioritariamente preventivo y de control con intervenciones adecuadas sobre factores de riesgo de esta enfermedad y sus complicaciones •Promover la participación de los distintos sectores sociales involucrados en esta problemática, en todos los niveles de gestión del programa.	Equipo Base de Atención Médica Primaria (EBAMP)/Equipo Profesional de Salud/Equipo de Comunicación Social	Domicilio/Centro de Salud/Consultorio de Primer Nivel de Atención	Del Consultorio Médico de Primer Nivel de Atención

		Atención (Prevención Secundaria Y Terciaria)			
Programa/ Área/Servicio	Destinatario	Actividades Según Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 431/00, RM 208/96, RM 899/01, RM 939/01, RM 233/01, RM 542/97, RM 252/99, RM 207/96, RM 401/96, RM 141/97, RM 996/98, RM 126/98, RM 208/96, RM 349/94, RM 126/98	R. Humano Leyes 17132, 23873, 24004, 24301, D 15/95, RM 98/2000, RM 997/2001	R. Físico. Según Leyes, Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 252/99, RM 431/2000, RM 47/01, RM 201/98, RM 996/98, RM 208/96, RM 349/94; RM 171/97, RM 233/01, RM 126/98; RM N° 997/01; RM 255/94; RM 340/94; RSS 393/94; Ley 17.132; D. 6216/67; Ley 23.798; Ley 22.990	
				Espacio	Equipamiento
Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica Nefrológica	Comunidad	• Incorporar o desarrollar recursos normativos, organizativos, instrumentales y de gestión de los distintos aspectos relacionados con el proceso global de los Servicios de Salud Renal. • Gestionar la Calidad en las Estructuras, los Procesos y los Resultados	Equipo Base de Atención Médica Primaria Renal Equipo Profesional de Salud/ Equipo de Comunicación Social	Ministerio de Salud/Centro de Salud/Espacio de Encuentro	Sala de reuniones. Medios audiovisuales, Pizarrón. Rotafolios. Sillas. Escritorios. Elementos pedagógicos. Etc.

		Atención (Prevención Secundaria)			
Programa/ Área/Servicio	Destinatario	Actividades Según Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 431/00, RM 208/96, RM 899/01, RM 939/01, RM 233/01, RM 542/97, RM 252/99, RM 207/96, RM 401/96, RM 141/97, RM 996/98, RM 126/98, RM 208/96, RM 349/94, RM 126/98	R. Humano Leyes 17132, 23873, 24004, 24301, D 15/95, RM 98/2000, RM 997/2001	R. Físico. Según Leyes, Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 252/99, RM 431/2000, RM 47/01, RM 201/98, RM 996/98, RM 208/96, RM 349/94; RM 171/97, RM 233/01, RM 126/98; RM N° 997/01; RM 255/94; RM 340/94; RSS 393/94; Ley 17.132; D. 6216/67; Ley 23.798; Ley 22.990	
				Espacio	Equipamiento
Servicio Médico / Bioquímico	Niños/ Adulto/ Anciano	• Historial y Examen Físico, enfatizando la medición del Nivel de Presión Arterial • Exámenes de Laboratorio: ○ Hemograma, Glucemia, hemoglobina glicosilada (HbA1, HbAc) ○ Ácido úrico ○ Hepatograma ○ Primera orina a.m. (razón de albúmina/ creatinina) ○ Urea y creatinina sérica	Médico de Primer Nivel de Atención/ Nefrólogo/ Bioquímico	Centro de Salud / Consultorio de Primer Nivel de Atención/ Laboratorio de Análisis Clínicos	Del Consultorio de Primer Nivel De Atención / Del Laboratorio de Análisis Clínicos

		Atención (Prevención Secundaria)			
Programa/ Área/Servicio	Destinatario	Actividades Según Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 431/00, RM 208/96, RM 899/01, RM 939/01, RM 233/01, RM 542/97, RM 252/99, RM 207/96, RM 401/96, RM 141/97, RM 996/98, RM 126/98, RM 208/96, RM 349/94, RM 126/98	R. Humano Leyes 17132, 23873, 24004, 24301, D 15/95, RM 98/2000, RM 997/2001	R. Físico. Según Leyes, Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 252/99, RM 431/2000, RM 47/01, RM 201/98, RM 996/98, RM 208/96, RM 349/94; RM 171/97, RM 233/01, RM 126/98; RM N° 997/01; RM 255/94; RM 340/94; RSS 393/94; Ley 17.132; D. 6216/67; Ley 23.798; Ley 22.990	
				Espacio	Equipamiento
Servicio Médico/ Bioquímico	Niños/ Adulto/ Anciano	•En Adultos: Utilizando la fórmula de Cockcroft y Gault calcular la tasa de filtración glomerular (VFG) 1.- En Hombres: $VFG = \frac{(140 - \text{Edad}) (\text{Peso Ideal en Kg})}{72 \times \text{Creatinina Sérica}} = \text{cc/min}$ 2.- En Mujeres: $VFG = \frac{(140 - \text{Edad}) (\text{Peso Ideal en Kg}) \times 0.85}{72 \times \text{Creatinina Sérica}} = \text{cc/min}$ •En Niños: Utilizando la fórmula de Schwartz calcular la tasa de filtración glomerular (VFG) $GFR (\text{ml/min.1.73 m}^2) = K \times BL / \text{Creatinina sérica}$ BL = talla en centímetros K = constante relacionada con la edad así: 0.35: prematuros 0.45: niños a término 0.5: lactantes 0.55: niños 0.7: adolescentes	Médico de Primer Nivel de Atención/ Nefrólogo/ Bioquímico	Centro de Salud / Consultorio de Primer Nivel de Atención/ Laboratorio de Análisis Clínicos	Del Consultorio de Primer Nivel De Atención/ Del Laboratorio de Análisis Clínicos

		Atención (Prevención Secundaria)			
Programa/ Área/Servicio	Destinatario	Actividades Según Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 431/00, RM 208/96, RM 899/01, RM 939/01, RM 233/01, RM 542/97, RM 252/99, RM 207/96, RM 401/96, RM 141/97, RM 996/98, RM 126/98, RM 208/96, RM 349/94, RM 126/98	R. Humano Leyes 17132, 23873, 24004, 24301, D 15/95, RM 98/2000, RM 997/2001	R. Físico. Según Leyes, Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 252/99, RM 431/2000, RM 47/01, RM 201/98, RM 996/98, RM 208/96, RM 349/94; RM 171/97, RM 233/01, RM 126/98; RM N° 997/01; RM 255/94; RM 340/94; RSS 393/94; Ley 17.132; D. 6216/67; Ley 23.798; Ley 22.990	
				Espacio	Equipamiento
Servicio Médico	Niños/ Adulto/ Anciano	- Clasificación de pacientes por Estadios de acuerdo a los valores obtenidos por la aplicación de la fórmula de Velocidad de Filtración Glomerular (VFG). (ó GFR) - Estadio I VFG = mayor de 90 cc/min - Estadio II VFG = 60 – 89 cc/min - Estadio III VFG = 59 – 30 cc/min - Estadio IV VFG = 29 – 15 cc/min - Estadio V VFG = menos de 15 cc/min (considerar diálisis de acuerdo al diagnóstico clínico)	Médico de Primer Nivel de Atención/ Nefrólogo	Centro de Salud / Consultorio de Primer Nivel de Atención	Del Consultorio de Primer Nivel De Atención

		Atención (Prevención Secundaria)			
Programa/ Área/Servicio	Destinatario	Actividades Según Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 431/00, RM 208/96, RM 899/01, RM 939/01, RM 233/01, RM 542/97, RM 252/99, RM 207/96, RM 401/96, RM 141/97, RM 996/98, RM 126/98, RM 208/96, RM 349/94, RM 126/98	R. Humano Leyes 17132, 23873, 24004, 24301, D 15/95, RM 98/2000, RM 997/2001	R. Físico. Según Leyes, Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 252/99, RM 431/2000, RM 47/01, RM 201/98, RM 996/98, RM 208/96, RM 349/94; RM 171/97, RM 233/01, RM 126/98; RM N° 997/01; RM 255/94; RM 340/94; RSS 393/94; Ley 17.132; D. 6216/67; Ley 23.798; Ley 22.990	
				Espacio	Equipamiento
Servicio Médico	Niños/ Adulto/ Anciano	Clasificación de Puerto Rico de la Insuficiencia Renal Crónica • Combina tres Variables (VFG, Presión Arterial, Albuminuria): • Estadio según niveles (I a V) • Niveles de Presión Arterial según sus valores: • Normal < 120 / 80 = Grado A • Normal Alta 130 – 139 / 85 – 89 = Grado B • Hipertensión Leve 140 – 159 / 90 – 99 = Grado C • Hipertensión Moderada 160 -179 / 100 – 109 = Grado D • Hipertensión Severa 180 - 209 / 110 – 119 = Grado E • Hipertensión muy Severa 210 o > / 120 o > = Grado F • Niveles de Albuminuria: • Normal < de 30 mg / 24 hs. = Nivel 1 • Microalbuminuria 30 – 300 mg / 24 hs. = Nivel 2 • Macroalbuminuria > 300 mg / 24 hs. = Nivel 3	Médico de Primer Nivel de Atención/ Nefrólogo	Centro de Salud / Consultorio de Primer Nivel de Atención	Del Consultorio de Primer Nivel De Atención

		Atención (Prevención Secundaria)			
Programa/ Área/Servicio	Destinatario	Actividades Según Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 431/00, RM 208/96, RM 899/01, RM 939/01, RM 233/01, RM 542/97, RM 252/99, RM 207/96, RM 401/96, RM 141/97, RM 996/98, RM 126/98, RM 208/96, RM 349/94, RM 126/98	R. Humano Leyes 17132, 23873, 24004, 24301, D 15/95, RM 98/2000, RM 997/2001	R. Físico. Según Leyes, Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 252/99, RM 431/2000, RM 47/01, RM 201/98, RM 996/98, RM 208/96, RM 349/94; RM 171/97, RM 233/01, RM 126/98; RM N° 997/01; RM 255/94; RM 340/94; RSS 393/94; Ley 17.132; D. 6216/67; Ley 23.798; Ley 22.990	
				Espacio	Equipamiento
Servicio Médico	Niños/ Adulto/ Anciano	• Los pacientes en <u>Estadio I y II</u> pueden ser evaluados y tratados por los médicos de primer nivel de atención. • Es imprescindible un estricto control de la presión arterial (Meta 130/80mm.Hg. o menos)	Médico de Primer Nivel de Atención/ Nefrólogo	Centro de Salud / Consultorio de Primer Nivel de Atención	Del Consultorio de Primer Nivel De Atención

		Atención (Prevención Secundaria)			
Programa/ Área/Servicio	Destinatario	Actividades Según Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 431/00, RM 208/96, RM 899/01, RM 939/01, RM 233/01, RM 542/97, RM 252/99, RM 207/96, RM 401/96, RM 141/97, RM 996/98, RM 126/98, RM 208/96, RM 349/94, RM 126/98	R. Humano Leyes 17132, 23873, 24004, 24301, D 15/95, RM 98/2000, RM 997/2001	R. Físico. Según Leyes, Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 252/99, RM 431/2000, RM 47/01, RM 201/98, RM 996/98, RM 208/96, RM 349/94; RM 171/97, RM 233/01, RM 126/98; RM N° 997/01; RM 255/94; RM 340/94; RSS 393/94; Ley 17.132; D. 6216/67; Ley 23.798; Ley 22.990	
				Espacio	Equipamiento
Servicio Médico	Niños/ Adulto/ Anciano	• Medir la relación (ratio) en orina de albúmina /creatinina en el momento del diagnóstico y por lo menos cada año a los pacientes diabéticos tipo 2 (DM2) y a los 5 años del diagnóstico y cada año en los pacientes con diabetes tipo1 (DM1). • Tomar la precaución de descartar causas de microalbuminuria de origen transitorio tales como: hiperglucemia, infección urinaria, ejercicio físico, fallo cardíaco, hipertensión esencial, ingesta de agua en grandes cantidades, etc.	Médico de Primer Nivel de Atención/ Nefrólogo	Centro de Salud / Consultorio de Primer Nivel de Atención	Del Consultorio de Primer Nivel De Atención

		Atención (Prevención Secundaria)			
Programa/ Área/Servicio	Destinatario	Actividades Según Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 431/00, RM 208/96, RM 899/01, RM 939/01, RM 233/01, RM 542/97, RM 252/99, RM 207/96, RM 401/96, RM 141/97, RM 996/98, RM 126/98, RM 208/96, RM 349/94, RM 126/98	R. Humano Leyes 17132, 23873, 24004, 24301, D 15/95, RM 98/2000, RM 997/2001	R. Físico. Según Leyes, Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 252/99, RM 431/2000, RM 47/01, RM 201/98, RM 996/98, RM 208/96, RM 349/94; RM 171/97, RM 233/01, RM 126/98; RM N° 997/01; RM 255/94; RM 340/94; RSS 393/94; Ley 17.132; D. 6216/67; Ley 23.798; Ley 22.990	
				Espacio	Equipamiento
Servicio Médico	Niños/ Adulto/ Anciano	• En resumen, debe priorizarse el control de las siguientes variables: • • Función renal (VFG) utilizando la formula de Cockcroft y Gault • Nivel presión arterial • Presencia de micro o macroalbuminuria (alb/creatinina ratio)	Médico de Primer Nivel de Atención/ Nefrólogo	Centro de Salud / Consultorio de Primer Nivel de Atención	Del Consultorio de Primer Nivel De Atención

		Atención (Prevención Secundaria)			
Programa/ Área/Servicio	Destinatario	Actividades Según Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 431/00, RM 208/96, RM 899/01, RM 939/01, RM 233/01, RM 542/97, RM 252/99, RM 207/96, RM 401/96, RM 141/97, RM 996/98, RM 126/98, RM 208/96, RM 349/94, RM 126/98	R. Humano Leyes 17132, 23873, 24004, 24301, D 15/95, RM 98/2000, RM 997/2001	R. Físico. Según Leyes, Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 252/99, RM 431/2000, RM 47/01, RM 201/98, RM 996/98, RM 208/96, RM 349/94; RM 171/97, RM 233/01, RM 126/98; RM N° 997/01; RM 255/94; RM 340/94; RSS 393/94; Ley 17.132; D. 6216/67; Ley 23.798; Ley 22.990	
				Espacio	Equipamiento
Servicio Médico	Niños/ Adulto/ Anciano	- Las metas deben ser: • - Control de la presión arterial (130/80mm/Hg o menos) - Regresión de la nefropatía. (La disminución de la velocidad de filtración glomerular debería ser $\geq$ o $<$ a 1cc/min/año.) - Remisión de la micro o macroalbuminuria - Control o modificación de otros factores de riesgo, ej.: fumar, ingesta excesiva de grasas, etc.	Médico de Primer Nivel de Atención/ Nefrólogo	Centro de Salud / Consultorio de Primer Nivel de Atención	Del Consultorio de Primer Nivel De Atención

		Atención (Prevención Secundaria)			
Programa/ Área/Servicio	Destinatario	Actividades Según Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 431/00, RM 208/96, RM 899/01, RM 939/01, RM 233/01, RM 542/97, RM 252/99, RM 207/96, RM 401/96, RM 141/97, RM 996/98, RM 126/98, RM 208/96, RM 349/94, RM 126/98	R. Humano Leyes 17132, 23873, 24004, 24301, D 15/95, RM 98/2000, RM 997/2001	R. Físico. Según Leyes, Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 252/99, RM 431/2000, RM 47/01, RM 201/98, RM 996/98, RM 208/96, RM 349/94; RM 171/97, RM 233/01, RM 126/98; RM N° 997/01; RM 255/94; RM 340/94; RSS 393/94; Ley 17.132; D. 6216/67; Ley 23.798; Ley 22.990	
				Espacio	Equipamiento
Servicio Médico	Niños/ Adulto/ Anciano	• Se sugiere que para confirmar un diagnóstico inicial de microalbuminuria se deben realizar tres determinaciones positivas en un lapso de 3 a 4 meses. • Se deben excluir factores que arrojen falsos positivos: • Tensión arterial descompensada • Infección urinaria • Hiperglucemia • Fallo cardíaco congestivo • Ejercicio físico • Descartar los efectos de la menstruación en orina dando falsos positivos • Descartar uso de los inhibidores de la enzima convertidora y antagonistas de receptor AT1	Médico de Primer Nivel de Atención/ Nefrólogo	Centro de Salud / Consultorio de Primer Nivel de Atención	Del Consultorio de Primer Nivel De Atención

		Atención (Prevención Secundaria)			
Programa/ Área/Servicio	Destinatario	Actividades Según Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 431/00, RM 208/96, RM 899/01, RM 939/01, RM 233/01, RM 542/97, RM 252/99, RM 207/96, RM 401/96, RM 141/97, RM 996/98, RM 126/98, RM 208/96, RM 349/94, RM 126/98	R. Humano Leyes 17132, 23873, 24004, 24301, D 15/95, RM 98/2000, RM 997/2001	R. Físico. Según Leyes, Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 252/99, RM 431/2000, RM 47/01, RM 201/98, RM 996/98, RM 208/96, RM 349/94; RM 171/97, RM 233/01, RM 126/98; RM N° 997/01; RM 255/94; RM 340/94; RSS 393/94; Ley 17.132; D. 6216/67; Ley 23.798; Ley 22.990	
				Espacio	Equipamiento
Servicio Médico	Niños/ Adulto/ Anciano	Los pacientes en <u>Estadio III</u> (VFG) = 59 – 30 cc/min deberían ser controlados por los médicos nefrólogos capacitados (reconvertidos) para la práctica en el Primer Nivel de Atención dentro del Programa de Salud Renal, llevando a cabo su evaluación con la periodicidad que indique la buena práctica clínica y la evolución del paciente.	Médico de Primer Nivel de Atención/ Nefrólogo	Centro de Salud / Consultorio de Primer Nivel de Atención	Del Consultorio de Primer Nivel De Atención

		Atención (Prevención Secundaria)			
Programa/ Área/Servicio	Destinatario	Actividades Según Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 431/00, RM 208/96, RM 899/01, RM 939/01, RM 233/01, RM 542/97, RM 252/99, RM 207/96, RM 401/96, RM 141/97, RM 996/98, RM 126/98, RM 208/96, RM 349/94, RM 126/98	R. Humano Leyes 17132, 23873, 24004, 24301, D 15/95, RM 98/2000, RM 997/2001	R. Físico. Según Leyes, Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 252/99, RM 431/2000, RM 47/01, RM 201/98, RM 996/98, RM 208/96, RM 349/94; RM 171/97, RM 233/01, RM 126/98; RM N° 997/01; RM 255/94; RM 340/94; RSS 393/94; Ley 17.132; D. 6216/67; Ley 23.798; Ley 22.990	
				Espacio	Equipamiento
Servicio Médico	Niños/ Adulto/ Anciano	- El médico nefrólogo reconvertido, en ese Primer Nivel efectuará el seguimiento estricto de la siguientes variables, según la siguiente frecuencia: - Meta: Presión arterial 130/80 mm/Hg o menos. Para ello realizará un seguimiento mensual incluyendo tratamiento farmacológico, privilegiando como drogas esenciales a los Inhibidores de la Enzima Convertidora o antagonista del Receptor AT1, o de Angiotensina II, adicionando según criterio otras drogas hipotensoras hasta que se alcance la meta deseada. - Alcanzada la meta se recomienda una consulta con el paciente cada 3-4 meses.	Médico de Primer Nivel de Atención/ Nefrólogo	Centro de Salud / Consultorio de Primer Nivel de Atención	Del Consultorio de Primer Nivel De Atención

		Atención (Prevención Secundaria)			
Programa/ Área/Servicio	Destinatario	Actividades Según Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 431/00, RM 208/96, RM 899/01, RM 939/01, RM 233/01, RM 542/97, RM 252/99, RM 207/96, RM 401/96, RM 141/97, RM 996/98, RM 126/98, RM 208/96, RM 349/94, RM 126/98	R. Humano Leyes 17132, 23873, 24004, 24301, D 15/95, RM 98/2000, RM 997/2001	R. Físico. Según Leyes, Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 252/99, RM 431/2000, RM 47/01, RM 201/98, RM 996/98, RM 208/96, RM 349/94; RM 171/97, RM 233/01, RM 126/98; RM N° 997/01; RM 255/94; RM 340/94; RSS 393/94; Ley 17.132; D. 6216/67; Ley 23.798; Ley 22.990	
				Espacio	Equipamiento
Servicio Médico	Niños/ Adulto/ Anciano	• En los pacientes diabéticos: • Evitar la progresión rápida de la nefropatía diabética, por ej. una disminución de la VFG 4 cc/min/año o más • Evitar el aumento de la micro o macroalbuminuria. Alcanzar remisión • Si hay un deterioro rápido de las tres variables (HTA, VFG, Albuminuria) el médico nefrólogo efectuará un seguimiento con una frecuencia que no supere el tiempo entre consultas a un mes.	Médico de Primer Nivel de Atención/ Nefrólogo	Centro de Salud / Consultorio de Primer Nivel de Atención	Del Consultorio de Primer Nivel De Atención

		Atención (Prevención Secundaria)			
Programa/ Área/Servicio	Destinatario	Actividades Según Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 431/00, RM 208/96, RM 899/01, RM 939/01, RM 233/01, RM 542/97, RM 252/99, RM 207/96, RM 401/96, RM 141/97, RM 996/98, RM 126/98, RM 208/96, RM 349/94, RM 126/98	R. Humano Leyes 17132, 23873, 24004, 24301, D 15/95, RM 98/2000, RM 997/2001	R. Físico. Según Leyes, Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 252/99, RM 431/2000, RM 47/01, RM 201/98, RM 996/98, RM 208/96, RM 349/94; RM 171/97, RM 233/01, RM 126/98; RM N° 997/01; RM 255/94; RM 340/94; RSS 393/94; Ley 17.132; D. 6216/67; Ley 23.798; Ley 22.990	
				Espacio	Equipamiento
Servicio Médico	Niños/ Adulto/ Anciano	Los pacientes en <u>Estadio IV</u> (29-15 cc/mm) y <u>Estadio V</u> (<15cc/mm) (considerando la posibilidad de diálisis) deberán tener un seguimiento por el médico nefrólogo, quien será el médico de cabecera referente del paciente.	Médico de Primer Nivel de Atención/ Nefrólogo	Centro de Salud / Consultorio de Primer Nivel de Atención	Del Consultorio de Primer Nivel De Atención

		Atención (Prevención Secundaria)			
Programa/ Área/Servicio	Destinatario	Actividades Según Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 431/00, RM 208/96, RM 899/01, RM 939/01, RM 233/01, RM 542/97, RM 252/99, RM 207/96, RM 401/96, RM 141/97, RM 996/98, RM 126/98, RM 208/96, RM 349/94, RM 126/98	R. Humano Leyes 17132, 23873, 24004, 24301, D 15/95, RM 98/2000, RM 997/2001	R. Físico. Según Leyes, Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 252/99, RM 431/2000, RM 47/01, RM 201/98, RM 996/98, RM 208/96, RM 349/94; RM 171/97, RM 233/01, RM 126/98; RM N° 997/01; RM 255/94; RM 340/94; RSS 393/94; Ley 17.132; D. 6216/67; Ley 23.798; Ley 22.990	
				Espacio	Equipamiento
Servicio Médico	Niños/ Adulto/ Anciano	• Mantener la Presión Arterial en un nivel igual o inferior a 130/80 mm/Hg • En el tratamiento farmacológico se privilegiará según la patología de base la droga de elección • En los pacientes diabéticos la selección farmacológica recaerá en los Inhibidores de la Enzima Convertidora o los Antagonistas del Receptor AT1 (angiotensina II) • En esos pacientes y en los no diabéticos, se utilizarán otras drogas según el cuadro y el criterio clínico • Disminuir la ingesta de sodio (2,300 mg/día) • Fomentar la abstención de tabaco, y el consumo moderado de bebidas alcohólicas, y de grasas. • Normalizar el peso corporal • Fomentar la actividad física programada • Adecuar el plan alimentario con controles periódicos de los niveles de glucemia y lípidos • Reducir la ingesta proteica (0.6-0.8 gm/kg) • Tratar la anemia y la osteodistrofia renal	Médico de Primer Nivel de Atención/ Nefrólogo	Centro de Salud / Consultorio de Primer Nivel de Atención	Del Consultorio de Primer Nivel De Atención

		Atención (Prevención Secundaria)			
Programa/ Área/Servicio	Destinatario	Actividades Según Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 431/00, RM 208/96, RM 899/01, RM 939/01, RM 233/01, RM 542/97, RM 252/99, RM 207/96, RM 401/96, RM 141/97, RM 996/98, RM 126/98, RM 208/96, RM 349/94, RM 126/98	R. Humano Leyes 17132, 23873, 24004, 24301, D 15/95, RM 98/2000, RM 997/2001	R. Físico. Según Leyes, Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 252/99, RM 431/2000, RM 47/01, RM 201/98, RM 996/98, RM 208/96, RM 349/94; RM 171/97, RM 233/01, RM 126/98; RM N° 997/01; RM 255/94; RM 340/94; RSS 393/94; Ley 17.132; D. 6216/67; Ley 23.798; Ley 22.990	
				Espacio	Equipamiento
Servicio Médico	Niños/ Adulto/ Anciano	• Regresión de la Nefropatía Diabética • Alcanzar una progresión de la disminución de la velocidad de filtración glomerular (VFG) de 1cc/min/año o menos, equivalente al proceso natural de envejecimiento en pacientes no diabéticos sin enfermedad renal. Adaptado de Howind et al. Kidney Int. 60(2001) pp 277-283	Médico de Primer Nivel de Atención/ Nefrólogo	Centro de Salud / Consultorio de Primer Nivel de Atención	Del Consultorio de Primer Nivel De Atención

		Atención (Prevención Secundaria)			
Programa/ Área/Servicio	Destinatario	Actividades Según Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 431/00, RM 208/96, RM 899/01, RM 939/01, RM 233/01, RM 542/97, RM 252/99, RM 207/96, RM 401/96, RM 141/97, RM 996/98, RM 126/98, RM 208/96, RM 349/94, RM 126/98	R. Humano Leyes 17132, 23873, 24004, 24301, D 15/95, RM 98/2000, RM 997/2001	R. Físico. Según Leyes, Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 252/99, RM 431/2000, RM 47/01, RM 201/98, RM 996/98, RM 208/96, RM 349/94; RM 171/97, RM 233/01, RM 126/98; RM N° 997/01; RM 255/94; RM 340/94; RSS 393/94; Ley 17.132; D. 6216/67; Ley 23.798; Ley 22.990	
				Espacio	Equipamiento
Servicio Médico	Niños/ Adulto/ Anciano	• Remisión de la Nefropatía Diabética • Alcanzar una disminución de la albuminuria a menos de 300mg/24 hrs. mantenida al menos en un año de seguimiento, efectuando en ese lapso tres mediciones del cociente Albúmina/Creatinina • De no ser posible alcanzar la meta anterior, lograr en el primer año una disminución de la albuminuria de por lo menos 30% de los niveles iniciales. Adaptado y modificado de Howind et al. Kidney Int. 60(2001) pp 277-283	Médico de Primer Nivel de Atención/ Nefrólogo	Centro de Salud / Consultorio de Primer Nivel de Atención	Del Consultorio de Primer Nivel De Atención

		Atención (Prevención Secundaria)			
Programa/ Área/Servicio	Destinatario	Actividades Según Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 431/00, RM 208/96, RM 899/01, RM 939/01, RM 233/01, RM 542/97, RM 252/99, RM 207/96, RM 401/96, RM 141/97, RM 996/98, RM 126/98, RM 208/96, RM 349/94, RM 126/98	R. Humano Leyes 17132, 23873, 24004, 24301, D 15/95, RM 98/2000, RM 997/2001	R. Físico. Según Leyes, Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 252/99, RM 431/2000, RM 47/01, RM 201/98, RM 996/98, RM 208/96, RM 349/94; RM 171/97, RM 233/01, RM 126/98; RM N° 997/01; RM 255/94; RM 340/94; RSS 393/94; Ley 17.132; D. 6216/67; Ley 23.798; Ley 22.990	
				Espacio	Equipamiento
Servicio Médico	Niños/ Adulto/ Anciano	• Remisión de proteinuria en rango nefrótico • Alcanzar una remisión del nivel de proteinuria en rango nefrótico (>3,500mg/24 hrs.) a 1,000mg/24 hr. sostenida durante los primeros seis meses de seguimiento. Adaptado y modificado de Howind et al. Kidney Int. 60(2001) pp 277-283	Médico de Primer Nivel de Atención/ Nefrólogo	Centro de Salud / Consultorio de Primer Nivel de Atención	Del Consultorio de Primer Nivel De Atención

9.- Matriz de clasificación, remisión y regresión de la insuficiencia renal crónica, y Planilla de seguimiento y evaluación

P L A N I L L A D E S E G U I M I E N T O	VARIABLES		CLASIF	TIEMPO EN MESES									
			Estadios	INICIAL									
	V F G (cc /min)	> 90	I										
		89-60	II										
		59-30	III										
		29-15	IV										
		< 15	V										
	T A R T (mmHg)	Grados											
		< 120/80	A										
		< 130/85	B										
		130-139/ 85-89	C										
		140-159/ 90-99	D										
		160-179/ 100-109	E										
		≥ 180	F										
	Nivel A L B (mg / 24hs)	(en orina)	Niveles										
		< 30	1										
		30-300	2										
		> 300	3										
F A C T O R E S	D E R I V E S	(en sangre)											
		Glucosa y Hb A _{1c}											
		Colesterol y LDL											
		Ca, P y PTH											
		Hb											

M
A
T
R
I
Z

10.- Conclusiones

Se puede manifestar que el Modelo de Salud Renal propuesto, alcanza la categoría de ser Sustentable y Sostenible, dado que a través de sus componentes y subcomponentes, su planificación, programación y evaluación, su clasificación, indicadores de remisión y regresión de la enfermedad renal con instrumentos afines a la salud pública, puede ser incorporado a los programas de los ministerios de salud, como una herramienta de gran valor para sistematizar en forma costo eficiente el control de la salud renal.

Asimismo su ejecución establecerá las bases de seguimiento adecuado y sistemático de los pacientes renales, posibilitando la realización de los estudios actuariales que permitan predecir y atemperar el impacto económico que significa para los financiadores de salud la cobertura de los tratamientos de diálisis, evitando la situación actual en la cual es habitual que el paciente concorra en auxilio económico cuando es inminente su necesidad de incorporación a un régimen de tratamiento dialítico permanente.

Dentro del sistema de Seguridad Social, se hace imprescindible avanzar en este camino, pues fortalecerá sus programas de Primer Nivel de Atención, otorgando un “valor” a sus prácticas que permitirá:

- 1.- Desarrollar actividades basadas en las necesidades, dando accesibilidad y calidad de prestación con un sentido bioético
- 2.- Favorecerá la adecuada cobertura otorgando herramientas que hagan posible el financiamiento
- 3.- Generará y/o apoyará a los programas de gestión de calidad. Establecerá indicadores verificables y sus instrumentos o medios de verificación.
- 4.- Tiende a que se avance hacia acreditación y la categorización.

5.- Establecerá metas y objetivos, teniendo en cuenta las relaciones entre los recursos, la demanda y las tasas de uso

6.- Otorgará una mayor accesibilidad al sistema de salud, al tomar en consideración para las referencias y contrarreferencias a las vías de acceso, los corredores de derivación y el trabajo en redes.

7.- Tendrá en cuenta la satisfacción del beneficiario, estableciendo metas y mediciones, detectando las barreras y accesibilidad a las transferencias, teniendo en cuenta el “paquete de valor” del paciente.

8.- Propugnará una reingeniería del financiamiento, con una adecuada macroasignación secundaria y estrategias especiales para los programa “fondo”. Establecerá la generación de fuentes alternativas de ingresos al disminuir los costos de las comorbilidades.

9.- Permitirá analizar los costos por escenario a través del desarrollo de modelos de simulación económica

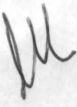
11.- Anexo. Declaración de Valdivia

DECLARACIÓN DE VALDIVIA “HACIA UN MODELO SUSTENTABLE Y SOSTENIBLE DE SALUD RENAL”

América Latina y El Caribe se encuentran en un proceso de desarrollo de nuevas estrategias para afrontar las problemáticas de Salud Pública. En este contexto la Enfermedad Renal Permanente representa uno de los mayores desafíos por el enorme impacto socio-económico y ético de las profundas inequidades observadas en la Región y sus implicancias en la cobertura de la salud renal, incluyendo las enormes dificultades para acceder a los recursos económicos suficientes para dar satisfacción adecuada a las necesidades de las poblaciones de nuestros países.

Por lo tanto, para atender la problemática antes expuesta, se debe adoptar un Modelo de Salud Renal donde se establecen las bases de planificación, programación, ejecución y evaluación de dicho modelo.

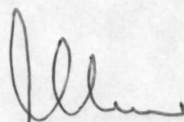
En base a ello, se resuelve adoptar el siguiente PLAN DE ACCION:

- 
- 
- 
1. Establecer un Sistema de Identificación de pacientes según estadio evolutivo, propiciando la utilización de la clasificación NKF y Puerto Rico.
 2. Establecer un Sistema de Referencia y Contrarreferencia para un tránsito ordenado de los pacientes renales en la Atención Primaria de la Salud.
 3. Establecer Metas y Planes Terapéuticos propiciando la utilización de Flujogramas y Algoritmos Diagnósticos y Terapéuticos.
 4. Integración del Modelo de Salud Renal a las Políticas Públicas Nacionales de Salud, en cada uno de los países, mediante las herramientas del Marco Lógico y la Matriz de Asignación de Actividades y Recursos.

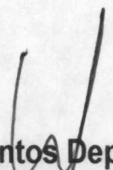
Dado en la ciudad de Valdivia, Chile, a los 4 días del mes de Diciembre del año 2002, encontrándose presentes y firmando al pie:



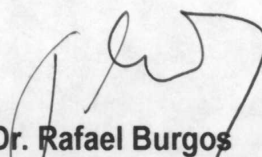
Dra. María Cristina Escobar
Representante Ministerio de Salud
CHILE



Dr. Sergio Mezzano
Presidente de la Sociedad Latinoamericana
de Nefrología e Hipertensión - SLANH

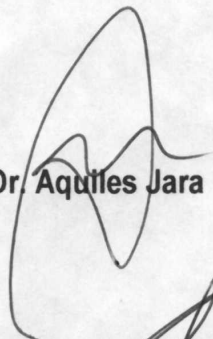


Dr. Santos Depine
Secretario Comité de Salud Renal
SLANH



Dr. Rafael Burgos
Coordinador Comité de Salud Renal
SLANH

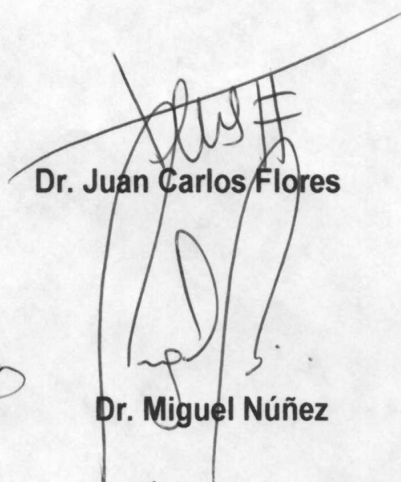
Por la Sociedad Chilena de Nefrología y otros:



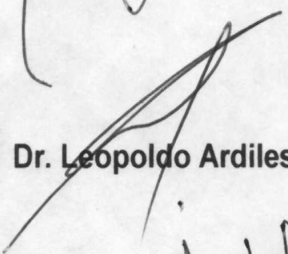
Dr. Aquiles Jara



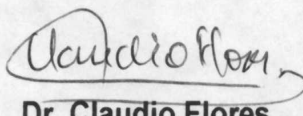
Dr. Hugo Poblete



Dr. Juan Carlos Flores

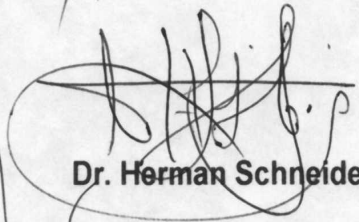


Dr. Leopoldo Ardiles

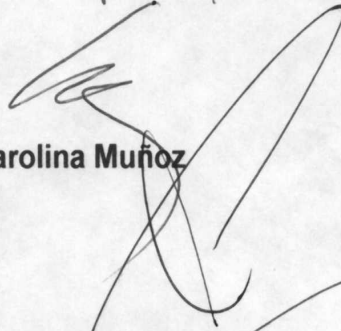


Dr. Claudio Flores

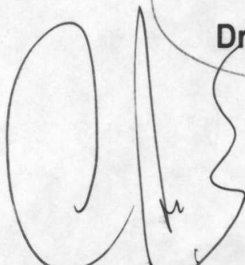
Dr. Miguel Núñez



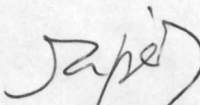
Dr. Herman Schneider



Dra. Carolina Muñoz



Dr. Claudio Aros

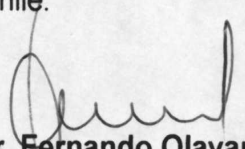


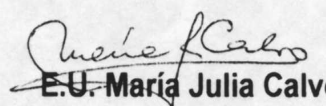
Dra. Eileen Blackburn



Dr. Arturo Arriagada

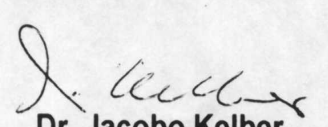
Por la Universidad Austral de Chile:


Dr. Fernando Olavarria


E.U. Maria Julia Calvo

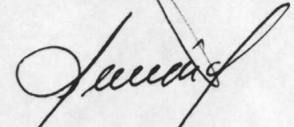

E.U. Margarita Schencke

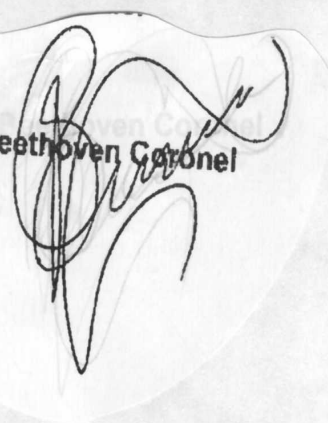
Por la Industria Farmacéutica, Insumos Médicos y Materiales de Diálisis:


Dr. Jacobo Kelber


George Parker


Olga Santiago


Lic. Roberto Hernández


Beethoven Coronel